Factor Research Group

Le 20 août 1999

ENQUÊTE SUR LE TROUBLE DE L'HYPERACTIVITÉ AVEC DÉFICIT DE L'ATTENTION (THADA) DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT AU MÉTHYLPHÉNIDATE CHEZ LES MÉDECINS CANADIENS

RAPPORT FINAL

Soumis au :
Programme des produits thérapeutiques
Santé Canada
Pré Tunney, Ottawa ON
K1A 0L2

Présenté par:
GPC Factor Research Group
220, av. Laurier ouest, bureau 1650
Ottawa (Ontario) K1P 5Z9
Tél. : (613) 234-8960
Téléc. : (613) 236-9867

Résumé

Cette enquête a été effectuée par Santé Canada afin d'obtenir les commentaires de médecins canadiens relativement à l'usage du méthylphénidate (MPH) pour le traitement du trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention (THADA). En tout, 636 médecins ont répondu au questionnaire, ce qui se traduit par un taux de participation de 20 %. Les médecins étaient âgés en moyenne de 45,6 ans; 56 % d'entre eux étaient de sexe masculin et 43 % de sexe féminin. La plupart (73 %)ont obtenu leur diplôme au Canada, pratiquent la médecine en moyenne depuis 17,5 ans et plus de la moitié pratiquent en groupe ou seul en cabinet privé.

Certaines des grandes conclusions indiquent que 80 % de médecins ont, à l'occasion, parfois rencontré des patients souffrant du THADA, que 84 % ont prescrit du MPH, et que 85 % traitent présentement des patients aux prises avec le THADA. Le MPH est perçu par plusieurs comme le traitement de choix dans le cas du THADA, particulièrement dans le cas d'un traitement multimodal. De plus, environ 27 % des médecins utilisent le MPH pour le traitement de désordres autres que le THADA ou le TDA. En fin, 66 % des patients eux actuellement traités pour le THADA le sont avec le MPH.

Plusieurs médecins estiment que le diagnostique du THADA a besoin d'amélioration, qu'il y a trop peu de diagnosticiens, et que les médecins sont habituellement mal informés quant aux critères de base du diagnostique. Les médecins préfèrent le plus souvent diagnostiquer et traiter eux-mêmes les patients souffrant du THADA, le plus souvent à l'aide des critères de diagnostique de base ou le DSM IV.

La plupart des médecins croient que l'usage du MPH est plus répandu. De plus, la majorité d'entre eux croient que les augmentations à l'échelle nationale proviennent d'une plus grande sensibilisation de la population, de la pression de la part des parents et des enseignants, d'un manque de ressources pour d'autres types d'intervention, et d'une plus grande acceptation des médicaments pour traiter le THADA. Les inquiétudes des enseignants et des parents ont été les principales sources de référence des patients.

Sommaire

Une enquête a été menée dans le cadre du programme des produits thérapeutiques de Santé Canada afin d'obtenir les commentaires des médecins canadiens relativement à l'usage du méthylphénidate (MPH), vendu sous la marque de commerce Ritalin ou sous d'autres marques de produits génériques, pour le traitement du trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention (THADA). Selon les données de Santé Canada, de données confirmées par d'autres sources, l'usage annuel du MPH était cinq fois plus élevé en 1997 qu'il ne l'était en 1990. L'objectif de l'enquête consistait à déterminer la façon dont les médecins canadiens diagnostiquent et traitent le THADA, les conditions dans lesquelles ils prescrivent le MPH, de même que les pressions auxquelles les médecins peuvent être confrontés dans ce contexte. Par surcroît, cette enquête visait à fournir des données descriptives sur les perceptions et les opinions des médecins quant au diagnostic du THADA et son traitement avec le MPH, et n'avait pas pour but d'établir objectivement des mesures vérifiables sur le comportement ou les conditions qui y sont associées.

Méthodologie

Les trousses du sondage, comprenant une lettre de présentation, un questionnaire, une enveloppe préadressée et préaffranchie ainsi qu'une carte postale de retour ont été postées en avril 1999. De plus, deux semaines après l'envoi des documents, des appels téléphoniques de suivi ont été effectués, lesquels ont donné lieu à des avis de rappel postés à tous les médecins qui n'avaient pas expédié leur carte d'inscription à l'enquête.

Un échantillonnage initial de 3320 médecins a été choisi au hasard. Une fois les mauvaises adresses éliminées, un taux de réponse d'environ 20 % a été atteint. Les réponses nous sont parvenues de 253 généralistes et médecins de famille, 145 pédiatres, 97 pédopsychiatres, 21 pédiatres du développement et 120 autres ne correspondant à ni l'une ni l'autre des catégories principales. Il y a eu 73 réponses provenant de la région de l'Atlantique, 149 du Québec, 122 de l'Ontario, 84 des Prairies et 93 de la région de l'Ouest.

Échantillonnage démographique

Les renseignements démographiques indiquent que la majorité des médecins qui ont répondu à l'enquête (64 %) étaient âgés entre 35 et 54 ans et que la moyenne d'âge étant de 45,6 ans. Chez ces répondants, 56 % étaient de sexe masculin et 43 % de sexe féminin. La majorité des répondants (73 %) ont obtenu leur diplôme au Canada. Les autres participants ont affirmé, par ordre de fréquence, avoir obtenu leur diplôme au Royaume-Uni, en Asie, en Afrique, en Australasie, aux É.-U. et dans d'autres pays d'Europe. La majorité des médecins ont gradué au cours des années 70 et 80. Plus de la moitié des répondants ont indiqué qu'ils pratiquaient la médecine dans un groupe ou seul en cabinet privé. D'autres milieux de pratique comprennent les centres de santé communautaires et les hôpitaux.

Tous les répondants

Les 636 ont rempli la première partie du questionnaire portant sur les pratiques et attitudes générales à l'égard du trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention (THADA) et l'usage du méthylphénidate (MPH). Dans l'ensemble, 80 % des répondants ont dit avoir déjà rencontré des patients où le THADA avait été diagnostiqué. De plus, parmi ces médecins, 84 % (ou 67 % de tous les répondants) ont dit avoir déjà prescrit le MPH en guise de traitement du THADA. Enfin, chez ceux qui ont déjà prescrit le MPH pour le THADA, 85 % (56 % de tous les répondants) on indiqué traiter actuellement des patients souffrant du THADA avec le MPH. Environ 27 % des répondants ont dit utiliser le MPH pour le traitement de désordres médicaux autres que le THADA ou le TDA.

Au cours des 12 mois précédant le sondage, environ 50 % de tous les répondants ont indiqué le perfectionnement professionnel formel comme une source de renseignements sur le THADA, tandis que 46 % de tous les répondants ont affirmé se référer aux publications scientifiques, et 42 % ont consulté leurs collègues. Un tiers des répondants ont utilisé les renseignements fournis par leurs patients à l'égard du THADA (32 %). Dans l'ensemble, les pédiatres du développement, les pédiatres et les pédopsychiatres ont rapporté avoir eu recours à des sources externes pour obtenir des renseignements sur le THADA. Parmi toutes les sources d'information, les médecins qui ont dit avoir des patients souffrant du THADA ou traitaient ces derniers avec le MPH ont le plus souvent eu recours à chacune des sources d'information indiquées.

Les cotes attribuées par les médecins à une série d'énoncés normalisés indiquent que l'approche à l'égard du diagnostic ou des possibilités de diagnostiquer le THADA, a besoin d'être améliorée. Les répondants étaient d'accord peur affirmé qu'il y a trop peu de diagnosticiens convenablement qualifiés pour le THADA (58 %) et que les médecins ne sont pas bien informés sur les critères de diagnostique de base (60 %). Un peu plus de la moitié des répondants étaient d'accord que le MPH était le traitement de choix pour le THADA (51 %). Toutefois, on était d'accord que le MPH est plus efficace lorsqu'utilisé dans le traitement multimodal du THADA (84 %). Et plus de la moitié des médecins interrogés ont dit subir des pressions pour prescrire le MPH (55 %).

Dans l'ensemble, 68 % de tous les répondants ont indiqué que, selon eux, l'utilisation du MPH a augmenté. Les médecins étaient d'accord avec les énoncés suivants qui offrent des explications sur l'utilisation accrue du MPH à l'échelle nationale pour le traitement du THADA: la plus grande sensibilisation de la population à l'égard du THADA et de ses traitements (86 %); les pressions de la part des parents et des enseignants à utiliser ce médicament afin de traiter le THADA(76 %); une plus grande acceptation de l'usage du médicament comme traitement du THADA (70 %); et un manque de ressources pour d'autres types d'interventions (68 %).

Les répondants qui traitent le THADA

La deuxième partie du questionnaire portait sur des questions spécifiques aux 392 médecins (62 % des répondants) qui participaient activement au traitement du THADA. Dans cette section, les répondants qui déclaraient avoir rencontré des patients souffrant du THADA estimaient avoir examiné une moyenne de 47,5 de ce type de patients au cours des 12 derniers mois (milieu = 12). Parmi les patients examinés pour le THADA, une moyenne de 27,0 patients étaient traités avec le MPH (milieu = 5). À la lumière de ces chiffres, on estime qu'en moyenne, 66 % de tous les patients diagnostiqués avec le THADA étaient traités avec le MPH. Les inquiétudes des enseignants étaient souvent, ou presque toujours, la source de référence des patients et ce, dans une proportion de 82 % des répondants, suivi de près par les inquiétudes des parents (71 % de tous les répondants). Toutefois, 57 % des médecins ont révélé que les parents étaient souvent, ou même toujours, à l'aise de discuter de la possibilité que leur enfant souffre du THADA.

Une grande proportion des répondants qui traitaient le THADA préféraient, souvent ou toujours, diagnostiquer (52 %) et traiter (53 %) eux-mêmes les patients souffrant du THADA. De plus, la majorité des médecins avaient eu recours aux critères de diagnostique de base (15 % parfois et 50 % toujours) ou le DSM IV (17 % parfois et 48 % toujours). Les critères préférés de diagnostique étaient : la déficience de fonctionnement à la maison, à l'école ou au travail (98 %); les symptômes d'inattention (96 %); les symptômes d'impulsivité (91 %); la déficience significative du point de vue clinique (90 %), la durée des symptômes (88 %); et, les symptômes d'hyperactivité (84 %). La méthode de cueillette de données la plus courante était l'interview avec le patient ou la famille (95 %).

Les répondants qui ont traité le THADA ont indiqué qu'ils passer en moyenne 69 minutes avec un patient lorsque celui-ci est diagnostiqué avec le THADA et passer en moyenne 47,5 minutes à l'administration. Le MPH est de loin le médicament le plus prescrit par les médecins (52 %). Toutefois, le MPH est souvent prescrit conjointement avec d'autres interventions (69 % ont dit souvent ou toujours). En choisissant parmi une liste de catégories, plus des trois quarts de tous les médecins ont dit que les patients souffrant de THADA ont tendance à continuer de prendre du MPH pendant une période moyenne de un à cinq ans.

Les interventions sans médicament les plus fréquentes pour le traitement du THADA ont été les renseignements donnés verbalement (82 %) et le soutien général (82 %). De manière moins fréquente, les répondants ont dit assurer une liaison avec les écoles ou les employeurs (64 %); fournir de la documentation écrite (60 %); recommander la thérapie comportementale (55 %); l'intervention éducationnelle (53 %); la thérapie individuelle (15 %); un régime alimentaire (9 %); et la psychothérapie conjugale (5 %).

En général, 39 % des répondants qui ont traité le THADA ont déclaré avoir, souvent ou toujours, subi des pressions de la part des enseignants pour prescrire le MPH et 16 % ont, souvent ou toujours, subi des pressions de la part des parents. De plus, ils se sont fiés sur du suivi périodique en clinique (88 %); ils ont demandé aux parents ou aux patients de communiquer avec eux si des effets secondaires se manifestaient (83 %), et sur les examens physiques (71 %) pour détecter les effets secondaires liés à l'usage du PMH. La méthode la plus courante d'évaluation du produit consistait à donner des rendez-vous pour examiner l'avancement du traitement (87 %).

Les cotes attribuées par les répondants ont indiqué que rarement, des facteurs comme le coût (0 %), la perte éventuelle d'efficacité (2 %), l'inefficacité actuelle (3 %), les effets secondaires (5 %), les craintes des effets à long terme (6 %), ou les problèmes à maintenir l'utilisation du médicament (6 %) ont influencé la décision des patients à arrêter de prendre le MPH.

En dernier lieu, lorsqu'à la fin du sondage, les répondants ont la possibilité de formuler, dans leurs propres mots, les types d'aide qui leur s seraient les plus utiles pour travailler auprès de patients souffrant du THADA, les réponses les plus fréquentes furent les suivantes :

- l'éducation médicale continue (37 % des répondants)
- la disponibilité d'outils de renseignements pour les médecins (27 % des répondants)
- la disponibilité des outils de renseignements pour les patients et les parents (20 % des répondants).

TABLE DES MATIÈRES

Résumé

Sommaire

1 Introduction 1

2 Méthodologie 3

3 Résultats 6
3.1 Caractéristiques des répondants 8
3.2 Pratiques et attitudes générales 16
3.2.1 Proportion des médecins qui diagnostiquent et traitent le THADA 16
3.2.2 Raisons pour discontinuer de prescrire le MPH 17
3.2.3 Utilisation du MPH pour traiter d'autres troubles 18
3.2.4 Sources de renseignements sur le THADA 19
3.2.5 Opinions sur le diagnostic du THADA 22
3.2.6 Croyances sur les changements dans l'usage du MPH 25

3.3 Pratiques et attitudes individuelles 27
3.3.1 Profil des patients souffrant du THADA 28
3.3.2 Présentation des patients souffrant du MPH 30
3.3.3 Réaction des parents à la possibilité que leur enfant souffre du THADA 31
3.3.4 Références pour le diagnostique et le traitement du THADA ... 33
3.3.5 Critères de diagnostique du THADA 35
3.3.6 Temps nécessaire pour diagnostiquer le THADA 39
3.3.7 Interventions recommandées pour le THADA 41
3.3.8 Prescription du MPH pour traiter le THADA 44
3.3.9 Période au cours de laquelle les patients souffrant du THADA prennent le MPH 45
3.3.10 Pressions exercées pour prescrire le MPH 46
3.3.11 Raisons de discontinuer l'usage du MPH 47
3.3.12 Méthodes de surveillance du traitement du THADA 48

4 Sommaire 51
4.1 Les médecins et les méthodes de diagnose du le trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention THADA) 52
4.2 Les médecins et la traitement du THADA 53
4.3 Conditions dans lesquelles les médecins prescrivent le méthylphénidate (MPH) 53
4.4 Influences et pressions exercées sur les médecins pour prescrire le MPH 54
4.5 Les médecins : consommation et posologie du médicament 54
4.6 Les médecins et évaluer d'efficacité du traitement 54

5 Références 56

1 Introduction

Cette enquête a été menée dans le cadre du programme des produits thérapeutiques de Santé Canada avec pour le but d'obtenir les commentaires des médecins canadiens relativement à l'usage du méthylphénidate (MPH), vendu sous la marque de commerce Ritalin ou sous d'autres marques de produits génériques, pour le traitement du trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention (THADA). Selon les données de Santé Canada la consommation annuelle du MPH était 500 % plus élevée en 1997 qu'elle ne l'était en 1990. Des tendances similaires ont également été observées à l'échelle mondiale selon un rapport de Nations Unies sur les substances psychotropes. Dans ce rapport, le Canada se place au deuxième rang après les États-Unis pour ce qui est de l'usage médical du MPH, principalement pour le traitement du trouble déficitaire de l'attention (TDA) et du THADA chez les enfants.

Une augmentation semblable dans le diagnostic du THADA a également été documentée (Swanson, Lerner et Williams, 1995). La recherche a démontré que la prévalence du diagnostic du THADA et de son traitement subséquent à l'aide du MPH diffère d'un médecin à l'autre (Rappley, Gardiner, Jetton et Houang, 1995) et peut être influencé par des facteurs externes tels des poursuites judiciaires (Safer, 1994). La recherche a porté principalement sur une grande variété de critères de diagnostique utilisés par les médecins, ainsi que la vaste gamme d'approches du traitement disponibles (Ruel et Hickey, 1992; Wolraich, Lindgren, Stromquist, Milich, Davis, et Doretta, 1990; Kwasman, Tinsley et Lepper, 1995). Par exemple, le critère le plus souvent utilisé est la Classification internationale des maladies (CIM), bien qu'en Amérique du Nord, le *Diagnostic Statistical Manual* (DSM) soit le système le plus courant. La présence de trouble hyperkinétique est de 0,78 % pour le CIM-10, mais de 6,1 % pour le THADA dans le DSM III, et de 8,9 % dans le DSM III-R. Ces différences peuvent s'expliquer par la restrictivité d'un critère de diagnostique, ce qui explique possiblement les différences quant à l'usage accru du MPH en Amérique du Nord.

L'enquête décrite dans ce rapport a été entreprise afin d'obtenir les commentaires des médecins sur les facteurs pouvant avoir une corrélation avec l'usage du MPH dans un contexte canadien, y compris les mesures de l'usage des différents critères de diagnostique, la connaissance et la formation de la personne qui prescrit le médicament, de même que les pratiques de traitement. Il est important de souligner que cette étude visait à fournir des données descriptives sur les perceptions et les opinions des médecins à l'égard du diagnostic du THADA, de même que son traitement avec le MPH, et n'avait pas pour but de déterminer des mesures objectives de comportement ou de conditions vérifiables.

Plus particulièrement, les objectifs de ce projet consistaient à obtenir des commentaires de la part de médecins canadiens choisis au hasard oeuvrant dans diverses spécialisations médicales, afin de :

- déterminer comment les médecins diagnostiquent le trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention (THADA)
- déterminer comment les médecins traitent le THADA
- évaluer les conditions dans lesquelles les médecins prescrivent le méthylphénidate (MPH)
- évaluer les types d'influences et de pressions que subissent les médecins afin de prescrire le MPH
- déterminer comment les médecins surveillent l'usage du médicament et la conformité à la posologie
- déterminer comment les médecins évaluent l'efficacité du traitement.

2 Méthodologie

Un questionnaire portant sur les objectifs de l'étude a été élaboré par Santé Canada, puis traduit en Français. Selon les résultats obtenus lors d'un prétest du questionnaire, seulement quelques révisions à la formulation des questions, à la séquence et à la disposition ont été apportées. Les trousses du sondage, comprenant une lettre de présentation, un questionnaire, une enveloppe préadressée et préaffranchie ainsi qu'une carte postale de retour afin d'inscrire les médecins comme ayant rempli le questionnaire ont été postées entre le 5 et le 9 avril 1999.

Toute la documentation acheminée aux répondants du Québec était en français et en anglais. Malheureusement, à une question, la rubrique précisant le nombre de cas où les répondants traités, les mots « avec le PMH » ont été omise dans la version française (question 8 du questionnaire, tableau 2 dans le rapport) et peut avoir modifié les réponses provenant des répondants d'expression française. Il n'y a eu aucune autre différence entre le contenu de la documentation française et anglaise.

Le suivi téléphonique effectué auprès des médecins faisant partie de l'échantillonnage ont eu lieu au cours de la semaine du 19 au 23 avril. Le contact avec les médecins sélectionnés a eu lieu et un registre a été conservé indiquant les refus, les retraites, les déménagements, etc. De même, des questionnaires de remplacement ont été télécopiés à tout médecin qui en ayant fait la demande. Un deuxième suivi a eu lieu au cours de la semaine du 26 au 30 avril, sous forme d'un avis de rappel expédié à tous les médecins n'ayant pas retourné la carte d'inscription à l'enquête.

Les cinq principaux organismes médicaux professionnels du Canada ont été avisés de la tenue de l'enquête afin soient en mesure de répondre à toute demande de renseignement au sujet de ce projet de la part de leurs membres. De plus, l'Association médicale canadienne a accepté que son nom soit inscrit dans la lettre de présentation à titre d'organisme désireux de participer à l'examen des conclusions de l'enquête conjointement avec Santé Canada.

L'échantillonnage initial comprenait 3320 médecins qui furent sélectionnés au hasard pour participer à cette enquête, et l'échantillonnage a été stratifié par région et par domaine de spécialisation (généralistes, médecins de famille, pédiatres, pédiatres du développement et pédopsychiatres). Les cinq régions comprenaient celles de l'Atlantique (Terre-Neuve / Labrador, Île-du-Prince-Édouard, Nouvelle-Écosse et Nouveau-Brunswick), du Québec, de l'Ontario, des Prairies (Manitoba, Saskatchewan et Alberta) et celle de l'ouest (Colombie-Britannique). L'échantillon a été pris à même le *Canadian Medical Directory*, selon les indications du domaine de spécialisation indiqué par les médecins. Des échantillons ont été pris dans le cas des généralistes et des médecins de famille ainsi que des pédiatres au sein de chaque région, tandis que des pédiatres du développement et des pédopsychiatres ont fait l'objet d'une enquête complète.

Tableau 1. Échantillons par région et spécialisation.

		Atlantiqu	*Québec*	*Ontario*	*Prairies*	*Ouest*	*National**
Généralistes / médecins de famille	*Population*	2284	7477	9947	4433	4238	28 379
	Échantillon	400	500	500	500	500	2400
	Retours	27	63	52	29	37	253
	Réponse	6,8 %	12,6 %	10,4 %	5,8 %	7,4 %	10,5 %
	Pondération	1,54	1,62	2,61	2,09	1,56	s/o
Pédiatres	*Population*	147	670	854	361	237	2269
	Échantillon	100	100	100	100	100	500
	Retours	16	26	26	18	28	145
	Réponse	16,0 %	26,0 %	26,0 %	18,0 %	28,0 %	29,0 %
	Pondération	0,13	0,.35	0,45	0,27	0,12	s/o
Pédopsychiatres	*Population*	24	68	178	43	43	356
	Échantillon	24	68	178	43	43	356
	Retours	9	29	17	16	15	97
	Réponse	37,5 %	42,6 %	9,6 %	37,2 %	34,9 %	27,2 %
	Pondération	0,04	0,03	0,14	0,04	0,04	0,04
Pédiatres du développement	*Population*	5	8	27	13	10	64
	Échantillon	5	8	27	14	10	64
	Retours	4	2	7	3	0	21
	Réponse	80,0 %	25,0 %	25,9 %	21,4 %	0%	32,8 %
	Pondération	0,02	0,05	0,05	0,06	0	s/o
Autres	*Retours*	17	29	20	18	13	120
TOTAL	*Population*	2 460	8 223	11 006	4 850	4 528	31 068
	Échantillon	529	676	805	657	653	3320
	Retours	73	149	122	84	93	636
	Réponse	13,8%	22,0%	15,2%	12,8%	14,2%	19,2%

***NOTA** : Les totaux nationaux comprennent des cas pour lesquels la région ne pouvait être identifiée, il ne s'agit pas d'une simple totalisation des valeurs régionales.*

Le tableau 1 démontre cinq valeurs critiques pour chaque domaine de spécialisation dans chacune des cinq régions. La colonne « Autres » comprend les domaines de spécialisation indiqués par les répondants mais qui ne peuvent être

catégorisés dans une ou l'autre des spécialisations ciblées. La première valeur correspond à la population totale telle que définie par le domaine d'intérêt primaire de tous les médecins inscrits au *Canadian Medical Directory*. La deuxième valeur est le nombre de questionnaires envoyés dans le cadre de cette enquête. Le troisième groupe de valeurs indique le nombre de questionnaires complétés et retournés par les médecins. Enfin, la dernière colonne indique la pondération, laquelle, si appliquée aux données obtenues, fera en sorte qu'elle ait les mêmes proportions que la population initiale.

Ce même tableau indique également que les taux de réponse pour les strates individuelles s'étendent de 0 % à 80 %, pour un taux de réponse global de 19 %. Parmi les 3320 participants potentiels à qui un questionnaire avait été acheminé, 198 envois non pas été valides en raison d'un changement d'adresse, d'une adresse incorrecte, d'une absence prolongée, ou d'une retraite, laissant ainsi un échantillonnage maximum admissible de 1970. Le taux de réponse basé sur l'échantillonnage admissible était donc de 20,4 %.

3 Résultats

Les différents taux de réponse obtenus des diverses strates ont incité à la création d'un échantillonnage pondéré dans lequel chacune des strates a été ajustée sur le plan statistique afin de représenter sa proportion véritable de la population. Par exemple, les généralistes / médecins de famille ont représenté 7,4 % de tous les médecins dans la population ciblée combinée (quatre spécialisations dans toutes les régions), mais seulement 6,4 % d'entre eux ont retourné leur questionnaire, soit un point de pourcentage de moins. Donc, en appliquant un facteur de pondération à chaque membre de ce groupe, les résultats seront représentatifs de 1,15 répondant. Autrement dit, leur contribution aux estimations globales est proportionnelle à leur représentation au sein de la population.

Les facteurs de pondération appropriés ont été calculés et appliqués aux réponses de toutes les strates de l'échantillonnage. Un total de 241 cas ont été perdus dans le processus de pondération, en raison de ce que leur appartenance à des strates pré-établies ne pouvait être déterminée.

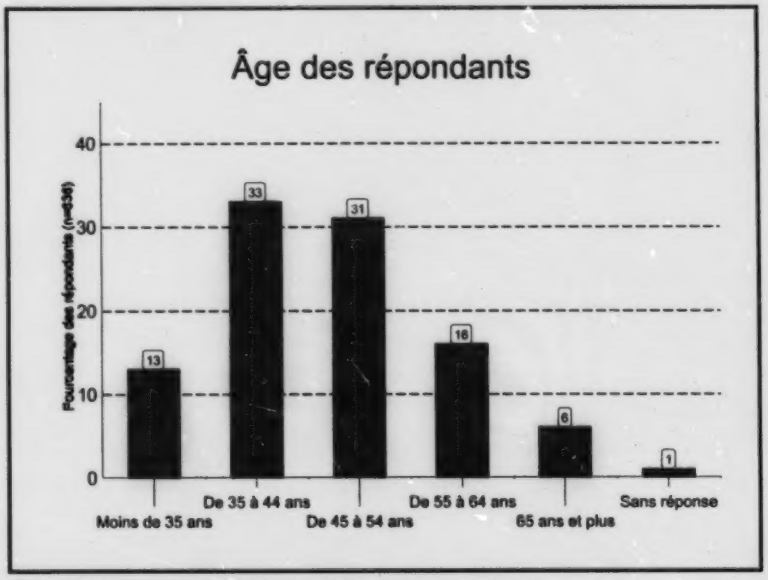
Les comparaisons des données pondérées et non pondérées ne révèlent que très peu de différence au niveau des estimations. Ainsi, puisqu'un échantillonnage pondéré est conceptuellement plus difficile à présenter et perd une proportion importante des cas, les résultats de ce rapport sont présentés sous forme de données non pondérées.

À noter que dans les propos portant sur des réponses graduées, les valeurs des deux premières réponses de chaque échelle (« 4 » et « 5 » sur une échelle de cinq points) ont été combinées à des fins de présentation à moins d'explications précises du contraire. Ainsi, dans le cas des énoncés établis sur une échelle de cinq points allant de 1 = fortement en désaccord à 5 = fortement d'accord, les choix de réponse pour les catégories « d'accord » (4) et « fortement d'accord » (5) ont été combinées et rapportées dans le texte simplement sous la mention « d'accord ».

Les réponses à chaque question ont été analysées en vue d'établir les différences au sein des groupes démographiques clés, tels la spécialisation médicale, la région, l'âge, le sexe, les années de pratique, etc. Les différences significatives sur le plan statistique sont indiquées au besoin dans le texte du rapport.

3.1 Caractéristiques des répondants

L'âge moyen[1] des répondants était de 45,6 ans, le plus jeune d'entre eux ayant 25 ans et le plus âgé, 80 ans. La répartition de l'âge des répondants figure au graphique 1.

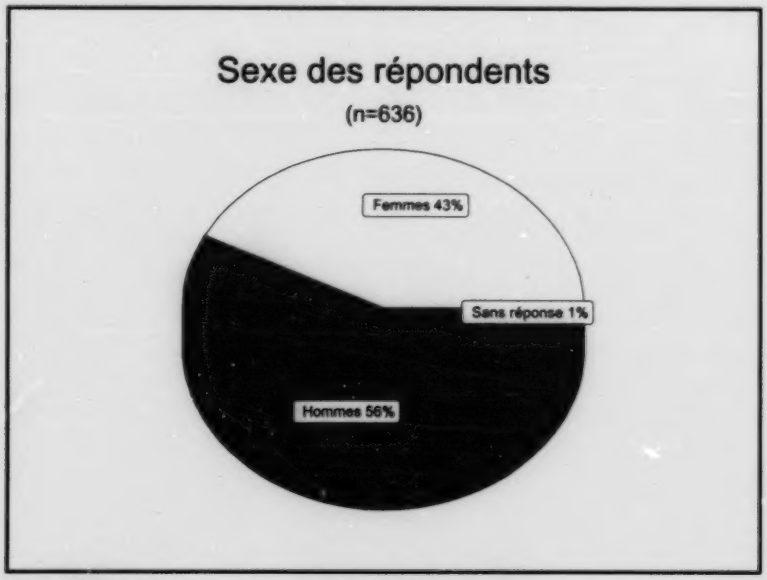


Graphique 1 : *question n° 26 de l'enquête.*

Les analyses statistiques ont révélé que les répondants originaires du Royaume-Uni (moyenne = 55 ans) et de l'Asie (moyenne = 52 ans) étaient sensiblement plus âgés que ceux originaires du Canada (moyenne = 45 ans).

[1] La *moyenne* est calculée en additionnant toutes les valeurs d'un ensemble et en divisant cette somme par le nombre de valeurs.

Comme l'indique le graphique 2, 56 % des répondants étaient de sexe masculin et 43 % de sexe féminin (1 % n'ont pas répondu à cette question).



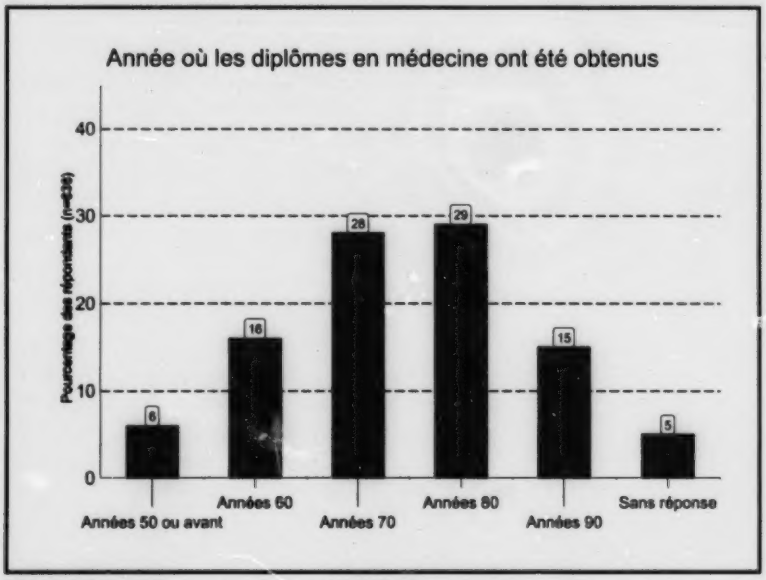
Graphique 2 : *question n° 27 de l'enquête.*

En comparant les différences entre les répondants de sexe masculin et féminin, relativement à d'autres variables clés, on a trouvé que plus de femmes (47 %) que d'hommes (41 %) ont indiqué être des généralistes ou médecins de famille. Toutefois, une plus grande proportion de répondants de sexe masculin (29 %) ont indiqué être des pédiatres, comparativement aux répondantes de sexe féminin (19 %). Plus de répondants de sexe masculin détenaient un diplôme du Royaume-Uni que les répondantes du sexe féminin (12 % chez les hommes contre 6 % chez les femmes), tandis que ces dernières étaient plus nombreuses que les hommes à détenir un diplôme canadien (81 % des femmes contre 71 % des hommes).

La majorité des répondants (73 %) ont obtenu leur diplôme en médecine au Canada. La plupart des diplômés en médecine provenant de l'extérieur du pays venaient du Royaume-Uni (9 %) alors que seulement 2 % de médecins ont obtenu leur diplôme aux É.-U. Au Canada, la plupart des diplômes en médecine ont été obtenus au Québec (23 %). La distribution de la provenance des diplômes en médecine est indiquée au graphique 3. Il est à noter que 4 % ont indiqué des noms qui étaient vagues ou qui ne pouvaient être associés à aucune institution en particulier (p. ex., « U. de M. » ou qui ne pouvaient être identifiés. Ceux-ci sont indiqués sous la rubrique « Inconnu » dans le graphique.

Graphique 3 : ***question n° 28 de l'enquête.***

La plupart des médecins qui ont répondu à l'enquête ont obtenu leur diplôme au cours de années 1970 et 1980, 1979 étant l'année médiane, et 1980 étant l'année ou le plus de repondants on obtenu leur diplôme. Le graphique 4 démontre la répartition des années de graduation chez les répondants.



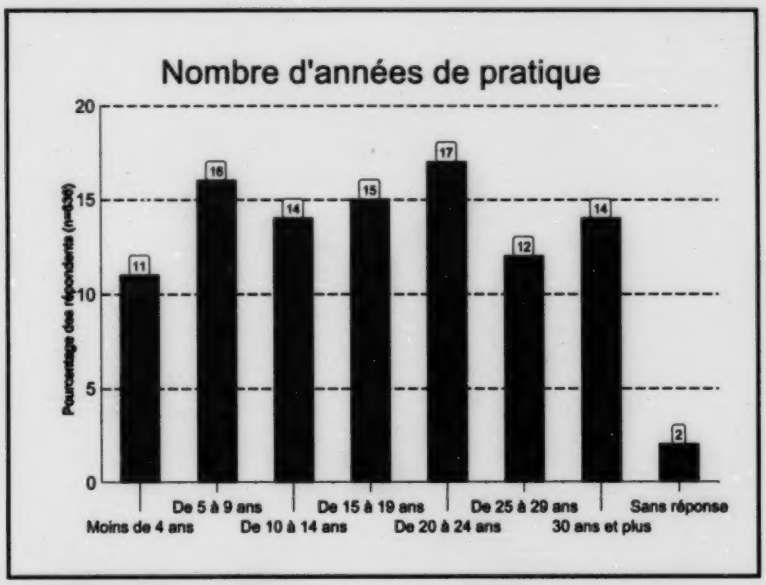
Graphique 4 : *question n° 29 de l'enquête.*

Les analyses statistiques ont révélé que l'âge et l'année de graduation en médecine ont été modérément corrélés (r = -.33)[1]. De plus, les répondantes ont gradué, en moyenne, plus récemment que les répondants (moyenne chez les hommes = 1974; moyenne chez les femmes = 1982).

---

[1] Le coefficient de corrélation de Pearson, ou *r*, est une mesure d'association entre deux variables différentes. L'échelle de corrélation varie de +1,0 à -1,0. Une corrélation de +1,0 indique qu'une augmentation de *X* unités dans une variable est directement reliée à une augmentation de *Y* unités dans la seconde variable. Une corrélation de -1,0 indique qu'une augmentation de *X* unités dans une variable est directement reliée à une diminution de *Y* unités dans la seconde variable. Une corrélation de 0,0 indique qu'il n'y a aucune relation entre les deux variables. Il est important de noter qu'une corrélation entre deux variables ne suppose pas une relation causale.

En moyenne, les répondants ont dit avoir pratiqué la médecine depuis 17,5 ans. La période la plus longue mentionnée est de 50 ans. Le graphique 5 indique la répartition des années de pratique. Bien que les années de pratique soient étroitement corrélées avec les années de graduation, il y a certains écarts. Chez certains répondants, le nombre d'années de pratique indiqué correspond à une période qui précède leur date de graduation, tandis que d'autres ont admis avoir moins d'années de pratique. Deux explications possibles peuvent expliquer une période de pratique qui précède la date de graduation: premièrement, si le médecin était dans un autre domaine de pratique avant d'obtenir un deuxième diplôme ou, deuxièmement, l'estimation de certains médecins peut inclure les activités d'avant la graduation comme l'internat. Par contre, une période de pratique plus courte peut signifier que les médecins aient commencé plus tard à travailler dans leur domaine ou qu'ils ont oeuvré dans une autre spécialisation avant de commencer à travailler dans leur domaine actuel.

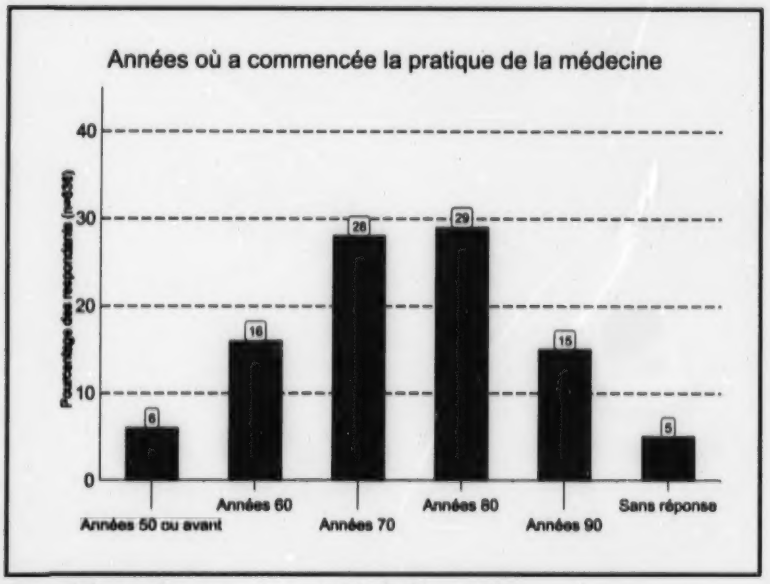


Graphique 5 : *question n° 31 de l'enquête.*

L'analyse des années de pratique indique que les répondants de sexe masculin oeuvrent dans leur domaine de spécialisation depuis plus longtemps que les répondantes de sexe féminin (moyenne chez les hommes = 20,8 ans; moyenne

chez les femmes = 13,0 ans). De plus, les répondants qui ont obtenu leur diplôme en Amérique du Sud / Centrale (moyenne = 26 ans), en Asie (moyenne = 21 ans), ou au Royaume-Uni (moyenne = 27 ans), ont pratiqué la médecine depuis plus longtemps que ceux qui ont obtenu leur diplôme au Canada (moyenne = 16 ans), en Afrique (moyenne = 15 ans), ou dans divers pays d'Europe (moyenne = 14 ans). Il va également de soi que le nombre d'années de pratique, est corrélé avec l'âge (r=.90) et l'année de graduation (r = -.92).

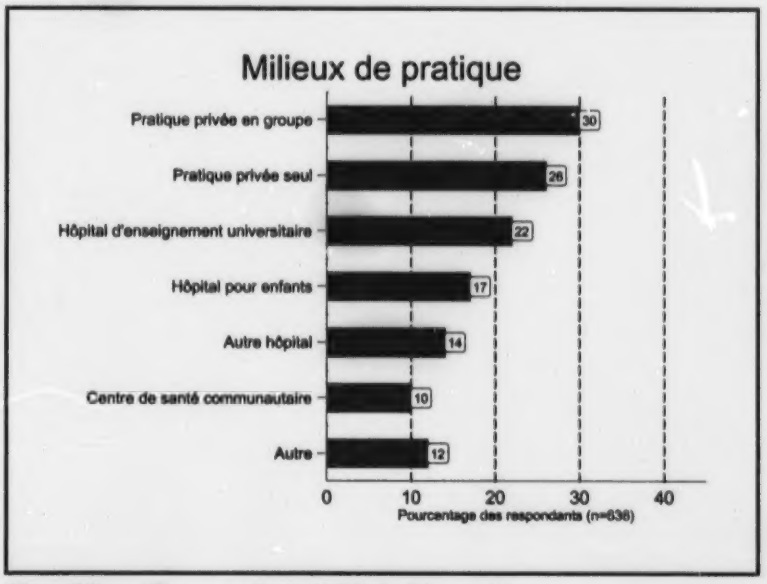
Les répondants ont également donné des renseignements sur l'année où ils ont commencé à pratiquer la médecine. L'année médiane pour le début de leur pratique actuelle est 1981. L'année où le plus grand nombre de répondants ont commencé à pratiquer la médecine est 1979. La répartition des années figure dans le graphique 6. Cette répartition ressemble passablement à celle qui figure dans graphique 4, soit l'année où les diplômes en médecine ont été décernés. Il y a une forte corrélation entre les réponses à ces deux questions, bien que chez certains répondants, il y ait eut un retard considérable entre ces deux dates.



Graphique 6 : *question n° 33 de l'enquête.*

Par ailleurs, l'année où les répondants ont commencé à pratiquer la médecine a été corrélée avec l'âge (r = -.91), l'année de graduation (r = .93), et le nombre d'années de pratique (r = -.96). En ce qui concerne le nombre d'années de pratique, les répondants de sexe masculin ont, en moyenne, commencé à pratiquer la médecine plus tôt que les répondantes de sexe féminins (moyenne chez les hommes = 1977; moyenne chez les femmes = 1985). Les répondants diplômés en Amérique du Sud / Centrale, en Asie et au Royaume-Uni ont indiqué avoir pratiqué la médecine depuis plus longtemps que les répondants diplômés au Canada, en Afrique ou dans d'autres pays d'Europe.

Plus de la moitié des répondants ont indiqué travailler en cabinet privé, soit en groupe (30 %) ou seul (26 %); les catégories de réponse ont été fournies). Bien que 72 % de tous les répondants ont indiqué pratiquer la médecine seul, 20 % ont indiqué avoir travaillé dans deux différents milieux, et 6 % ont travaillé dans trois milieux ou plus (2 % n'ont pas répondu à cette question). Certains des « Autres » milieux indiqués par les répondants dans leurs propres mots sont les suivants : « suppléance » (2 %), un département de santé communautaire (1 %), un centre de réhabilitation (1 %), un centre de traitement pour enfants et adolescents (1 %), et une pratique en milieu rural (1 %).



Graphique 7 : *question n° 31 de l'enquête.*

L'analyse du milieu de pratique par âge a révélé que les médecins qui travaillent dans les hôpitaux pour enfants (moyenne = 48,8 ans), d'autres hôpitaux (moyenne = 44,3 ans), un cabinet privé en groupe (moyenne = 44,1 ans) sont plus jeunes que les autres médecins, tandis que ceux qui travaillent seuls sont plus âgés que les autres médecins (moyenne 51,6 ans). Une analyse plus approfondie a indiqué que les répondants ayant des spécialisations différentes ont travaillé dans chaque milieu :

- 52 % des pédiatres du développement et 40 % des pédopsychiatres travaillaient dans des hôpitaux pour enfants
- 71 % des pédiatres du développement, 35 % des pédiatres et 44 % des pédopsychiatres pratiquaient dans un hôpital d'enseignement universitaire
- 22 % des pédopsychiatres et 24 % des « autres » spécialisations pratiquaient dans d'autres hôpitaux
- 19 % des pédopsychiatres et 13 % des généralistes / médecins de famille (13 %) pratiquaient dans des centres de santé communautaire
- 37 % des pédiatres et 33 % des pédopsychiatres pratiquaient seuls
- 51% des généralistes / médecins de famille pratiquaient en cabinet de groupe privé.

De même, plus de répondants de sexe masculin que de sexe féminin pratiquaient seuls (33 % chez les hommes et 17 % chez les femmes). Enfin, on a trouvé que les répondants qui pratiquaient seuls avaient pratiqué la médecine depuis plus longtemps que les autres médecins (moyenne = 21,8 %), tandis que les répondants qui pratiquaient en groupe avaient pratiqué la médecine depuis moins longtemps que les autres médecins (moyenne = 15,9 ans).

3.2 Pratiques et attitudes générales

Tous les répondants ont rempli la première partie du questionnaire touchant les pratiques et les attitudes générales relativement au trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention (THADA) et l'usage du méthylphénidate (MPH). La deuxième partie du questionnaire portait sur des questions spécifiques posées aux médecins qui traitaient directement le THADA. Cette section du rapport fait état des résultats de la première partie de l'étude.

3.2.1 Proportion des médecins qui diagnostiquent et traitent le THADA

Dans l'ensemble, 80 % de tous les répondants ont dit avoir déjà rencontré des patients chez qui le THADA avait été diagnostiqué. De plus, parmi ces médecins, 84 % (ou 67 % de tous les répondants) ont dit avoir déjà prescrit le MPH en guise de traitement du THADA. Enfin, chez ceux qui ont déjà prescrit le MPH pour le THADA, 85 % (56 % de tous les répondants) ont indiqué traiter actuellement des patients souffrant du THADA avec le MPH.

L'analyse a démontré que moins de la moitié (46 % des répondants ayant une spécialisation autre que les quatre qui ont été ciblées (généralistes / médecins de famille, pédiatres, pédiatres du développement et pédopsychiatres) ont examiné des patients souffrant du THADA, ce qui représente le plus bas des quatre groupes. De plus, seulement 63 % de ce groupe qui ont dit avoir examiné des patients souffrant du THADA ont prescrit du MPH. Enfin, 47 % de tous les répondants de ce groupe qui avaient prescrit le MPH avaient des patients souffrant du THADA au moment de l'enquête.

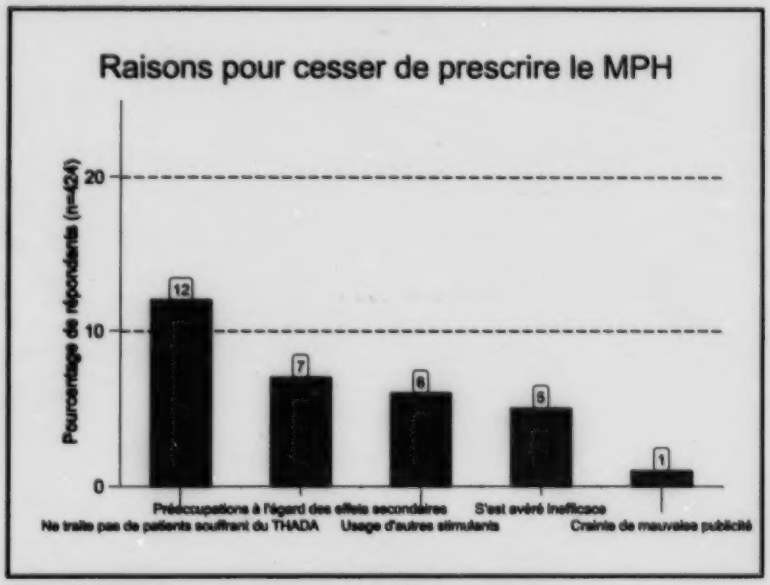
De même, les répondants du Québec sont moins nombreux que les autres répondants à dire qu'ils ont examiné des patients souffrant du THADA. Dans l'ensemble, 69 % des répondants québécois ont indiqué avoir examiné des patients souffrant du THADA, comparativement à la moyenne générale de 78 %.

Les répondants qui ont dit avoir prescrit du MPH à leurs patients, sont plus âgés que les autres (moyenne = 47,4 ans) et ont pratiqué la médecine pendant plus longtemps (moyenne = 18,2 %). Enfin, 87 % des répondants de sexe masculin ont prescrit du MPH pour le traitement du THADA, comparativement à 80 % des répondants de sexe féminin.

3.2.2 Raisons pour discontinuer de prescrire le MPH

Les réponses à une liste suggérée de raisons possibles pour discontinuer de prescrire du MPH pour le traitement du THADA sont indiquées au graphique 8. Le nombre de répondants à cette question (n=424) comprend les répondants qui ont traité des patients souffrant du THADA avec le MPH, dans le passé, tel que décrit dans la section précédente et ce, peu importe s'ils traitent présentement des patients avec le MPH.

Ces énoncés ont été cotés par les répondants qui ne traitaient plus de patients souffrant du THADA et ceux qui avaient cessé le traitement au MPH, dans le cas de certains patients seulement. Comme l'indique le graphique, les inquiétudes à l'égard des effets secondaires, de l'inefficacité, ou de l'usage d'autres stimulants n'étaient pas des facteurs importants dans la décision de discontinuer le traitement au MPH. Les préoccupations sur la mauvaise publicité ou la possibilité de poursuite judiciaire étaient rarement des facteurs.

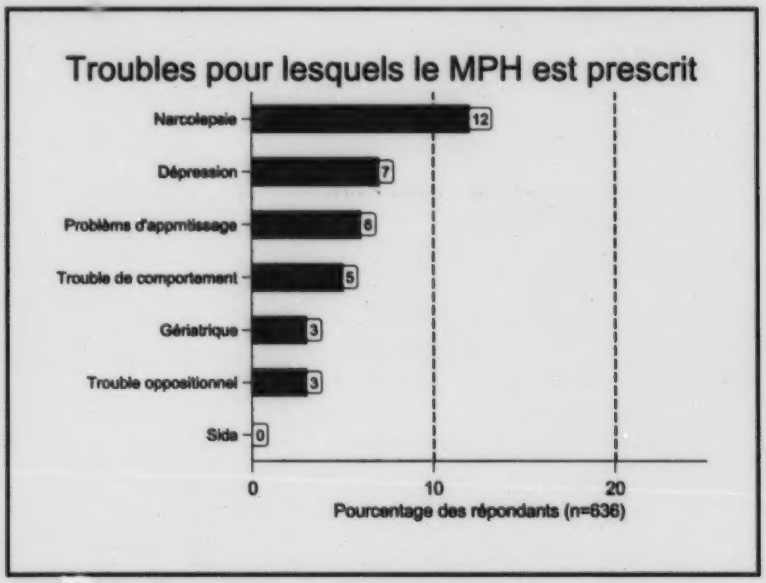


Graphique 8 : *question n° 1 d) de l'enquête.*

3.2.3 Utilisation du MPH pour traiter d'autres troubles

Environ 27 % des répondants ont dit avoir utilisé le MPH pour le traitement de troubles médicaux autres que le THADA ou le trouble déficitaire de l'attention (TDA). Les analyses ont démontré que les répondants qui prescrivaient le MPH pour d'autres troubles, étaient plus âgés que les autres (moyenne = 48,7 ans, et qu'ils pratiquaient la médecine depuis plus longtemps (moyenne = 19,3 ans). De plus, 55 % des répondants de la région de l'Atlantique ont dit avoir utilisé le MPH pour d'autres troubles, soit sensiblement plus que dans les autres régions. De plus, 67 % des pédiatres du développement et 74 % des pédopsychiatres ont déclaré avoir utilisé le MPH pour des troubles autres que le THADA ou le TDA; ce qui représente le pourcentage le plus élevé de tous les groupes de spécialisation.

Le graphique 9 indique la proportion des répondants qui ont prescrit le MPH pour certains autres troubles. Les médecins ont indiqué que le MPH avait été utilisé dans le traitement de la narcolepsie (12 % de tous les répondants, 29 % des répondants qui traitaient d'autres troubles), la dépression (7 % de tous les répondants, 17 % des répondants qui traitaient d'autres troubles), les problèmes d'apprentissage (6 % de tous les répondants, 16 % des répondants qui traitaient d'autres troubles), et les troubles de comportement (5 % de tous les répondants, 12 % des répondants qui traitaient d'autres troubles). Aucun répondant n'a dit utiliser le MPH pour le traitement du sida (les répondants disposaient d'une liste de troubles médicaux et devaient cocher toutes les cases appropriées).



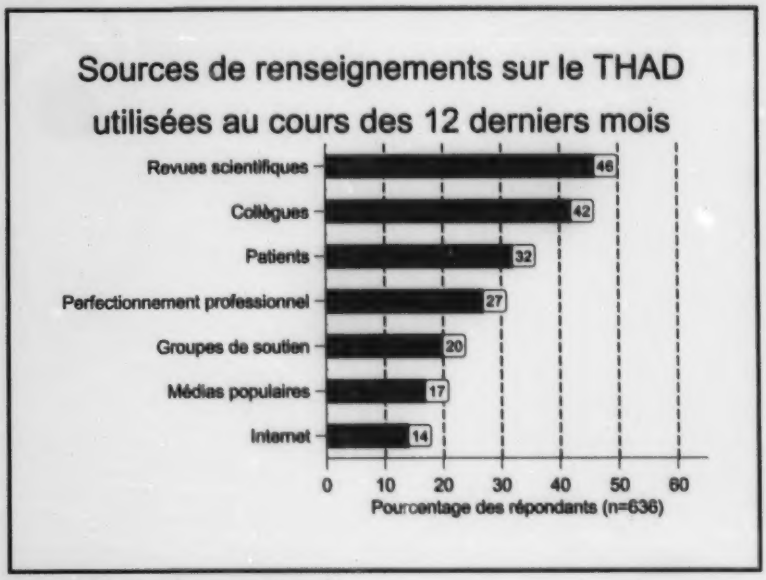
Graphique 9 : ***question n° 2 b) de l'enquête.***

3.2.4 Sources de renseignements sur le THADA

Les répondants ont dit avoir eu recours à diverses sources de renseignements sur le THADA au cours des 12 dernier mois, comme le démontre le graphique 10. (Un choix de réponses a été donné aux répondants afin qu'ils leur attribuent une cote) Tel que démontré par le graphique, environ la moitié des répondants ont indiqué avoir obtenu des renseignements de publications scientifiques (46 % des répondants), tandis que plus des deux- cinquièmes (42 %) des répondants ont affirmé avoir consulté leurs collègues. De plus, un tiers des répondants (32 %) ont indiqué en avoir appris plus au sujet du THADA directement de leurs patients, tandis que 27 % ont obtenu des renseignements par le biais de sessions de perfectionnement professionnel formel.* Les médias populaires (17 %) et l'Internet (14 %) ont été parmi les sources de renseignements les moins utilisées.

---

*La catégorie de perfectionnement professionnel formel a été créée en additionnant le nombre de répondants qui ont indiqué avoir obtenu des renseignements sur le THADA par le biais d'ateliers de perfectionnement professionnel (22 % des répondants) et le nombre de répondants qui ont indiqué avoir suivi des cours de formation médicale continue (28 % des répondants). Ces deux éléments ont été jugés suffisamment semblables de sorte que les rapporter séparément aurait porté à confusion, à particulièrement en ce qui a trait a de la proportion de répondants qui reçoivent du perfectionnement professionnel. Dans l'ensemble, 19 % de tous les répondants ont indiqué avoir participé, de part égale, à des ateliers de perfectionnement professionnel et des cours de formation médicale continue.



Graphique 10 : *question 3.*

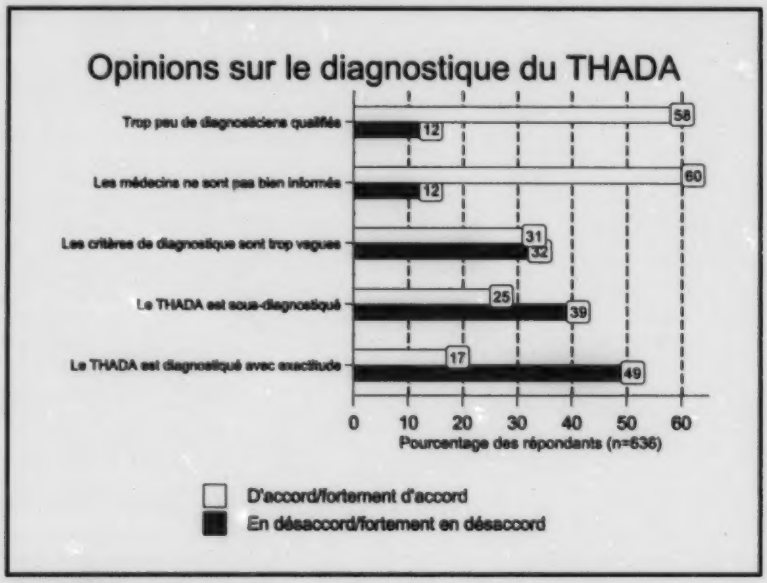
Il est important de noter que certains répondants ont souligné des différences dans l'utilisation des divers documents non-mentionnés dans les conclusions. Selon eux, les revues scientifiques serviraient de source de référence sérieuse, tandis que les médias populaires ne feraient l'objet que d'une lecture superficielle et ne serviraient que de source de renseignements pour sonder l'opinion publique.

Dans l'ensemble, les pédiatres du développement, les pédiatres et les pédopsychiatres sont ceux qui ont dit se référer à chacune des sources d'information sur le THADA indiquées au graphique 10. Les généralistes et médecins de famille sont parmi ceux qui ont utilisé le moins ces sources d'information. Les répondants plus âgés ont dit s'être référés aux revues scientifiques, s'être entretenus avec les patients, et avoir lu de la documentation de soutien, beaucoup plus que les répondants plus jeunes.

En ce qui a trait à toutes les sources d'information, les médecins qui ont indiqué avoir des patients souffrant du THADA ou qui en traitaient avec le MPH, sont ceux qui utilisent le plus souvent les sources de renseignements ci-haut citées.

3.2.5 Opinions sur le diagnostic du THADA

Le graphique 11 indique que les répondants ayant prescrit au non le MPH, une grande proportion de ceux-ci croient avoir lieu d'améliorer le système diagnostique du THADA. Les répondants s'accordaient à dire qu'il existait trop peu de diagnosticiens du THADA qualifiés et que les médecins de médecine générale n'étaient pas bien informé en ce qui a trait aux critères de diagnostique de base. De plus, les avis étaient partagés sur la question des critères de diagnostique du THADA qu seraient trop vagues (près du tiers des répondants étaient neutres quant à cette échelle). Enfin, on ne s'accordait généralement pas sur la question à savoir si le THADA avait été sous-diagnostiqué, ou bien qu'il avait été, dans la plupart des cas, diagnostiqué avec exactitude.

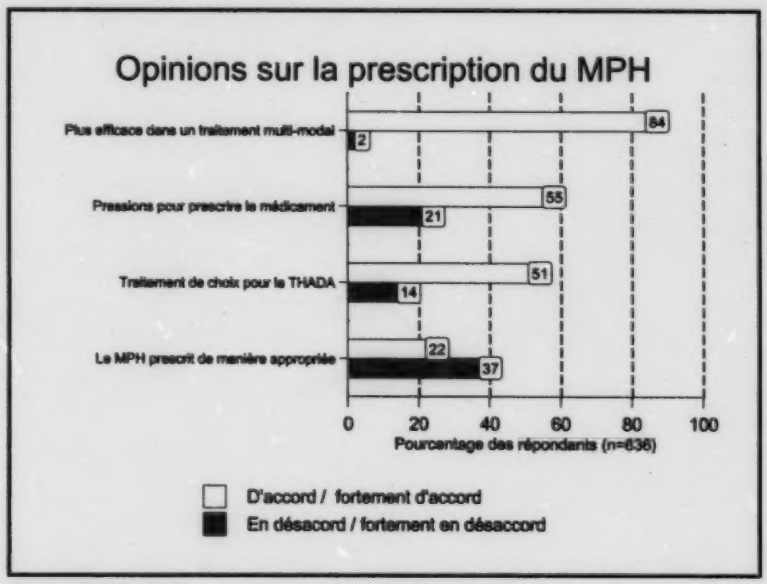


Graphique 11 : *question n° 4 de l'enquête.*

Les différences d'opinion sur le diagnostic du THADA ont fait l'objet d'une analyse plus approfondie entre a) les médecins qui ont déjà eu des patients souffrant du THADA et ceux qui n'en n'ont pas eus et b) les médecins qui ont déjà traité des patients souffrant du THADA avec le MPH et ceux qui ne l'ont pas fait. Une seule différence a été remarquée. Trente-sept pour cent des répondants qui ont déjà eu des patients souffrant du THADA avoir une opinion divergente on ce

qui a trait aux critères de diagnostique du THADA sont trop vagues comparativement à 17 % des répondants qui n'ont jamais eu de tels patients.

Comme l'indique le graphique 12, les répondants ont attribué une cote au fait d'être d'accord ou en désaccord avec certains énoncés portant sur la prescription du MPH. En général, les participants à l'étude étaient passablement d'accord avec l'énoncé voulant que le MPH soit plus efficace lorsqu'il s'inscrit dans un traitement multi-modal du THADA. On s'accordait plus modestement avec l'énoncé voulant que les médecins subissent des pressions pour prescrire le MPH et que celui-ci constituait le traitement de choix pour le THADA. Enfin, il y avait un certain désaccord sur la prosologie du MPH.



Graphique 12 : *question n° 4 de l'enquête.*

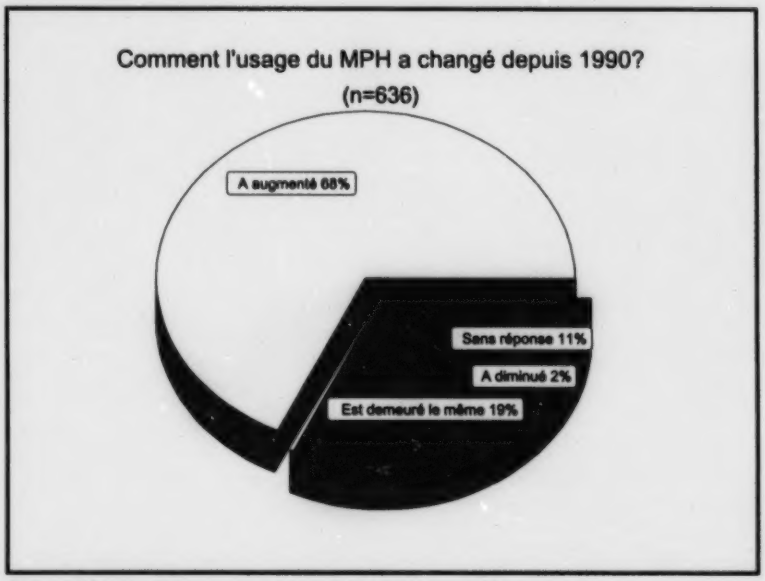
Les répondants oeuvrant dans des disciplines autres que les quatre spécialisations ciblées sont ceux qui trouvaient le MPH plus efficace dans le cadre d'un traitement multi-modal : 74 % des répondants dans ce groupe étaient d'accord, comparativement à une moyenne globale de 84 %. Les plus jeunes répondants étaient légèrement en faveur de prescrire le MPH dans un traitement multi-modal. Les répondants appartenant à des disciplines autres que celles ciblées sont ceux qui s'accordaient le plus à dire que le MPH est le traitement de choix pour le THADA; seulement 24 % des répondants de ce groupe étaient d'accord, comparativement à la moyenne globale de 51 %.

Les répondants des régions de l'Atlantique et de l'Ouest sont ceux qui semblaient davantage s'accorder sur la question voulant que le MPH soit prescrit de façon appropriée, avec 27 % des répondants de l'Atlantique et 33 % de ceux de l'Ouest. Sept pour cent des répondants de l'Atlantique n'étaient pas d'accord avec le fait que les médecins ne soient pas bien informés, comparativement à 25 % pour l'Ouest Canadien. Ces mêmes répondants sont ceux qui étaient le plus d'accord sur le fait que le THADA est habituellement diagnostiqué avec exactitude et ce, dans une proportion de 24 %.

Il y eut plusieurs différences dans les cotes attribuées quant à la prescription du MPH entre les médecins qui ont déjà traité le THADA avec le MPH et ceux qui ne l'ont pas fait. Premièrement, bien que 94 % des répondants ayant prescrit le MPH s'accordaient à dire que ce médicament était utilisé plus efficacement dans le cadre d'un traitement multi-modal, 77 % des répondants qui ne l'avaient pas prescrit, étaient d'accord. Deuxièmement, 61 % des répondants qui avaient prescrit le MPH s'accordaient à dire que ce médicament est le traitement de choix pour le THADA, comparativement à 42 % des répondants qui ne l'avaient pas prescrit. Troisièmement, 29 % des répondants qui avaient prescrit le MPH s'accordaient à dire que ce médicament était prescrit de façon appropriée, alors que seulement 8 % des répondants n l'ayant jamais prescrit étaient d'accord.

3.2.6 Croyances sur les changements dans l'usage du MPH

Tel qu'indiqué dans l'introduction de ce rapport, l'usage du MPH au Canada a augmenté sensiblement au cours des cinq dernières années. Lorsqu'on a demandé aux médecins d'indiquer si, selon eux, l'usage du MPH avait varié depuis 1990, 68 % ont dit que l'usage avait augmenté. Toutefois, près du cinquième (19 %) des répondants ont dit qu'il n'y avait pas de changement, tandis que seulement 2 % étaient d'avis que l'usage du médicament avait diminué. Ces proportions sont illustrées dans le graphique 13.

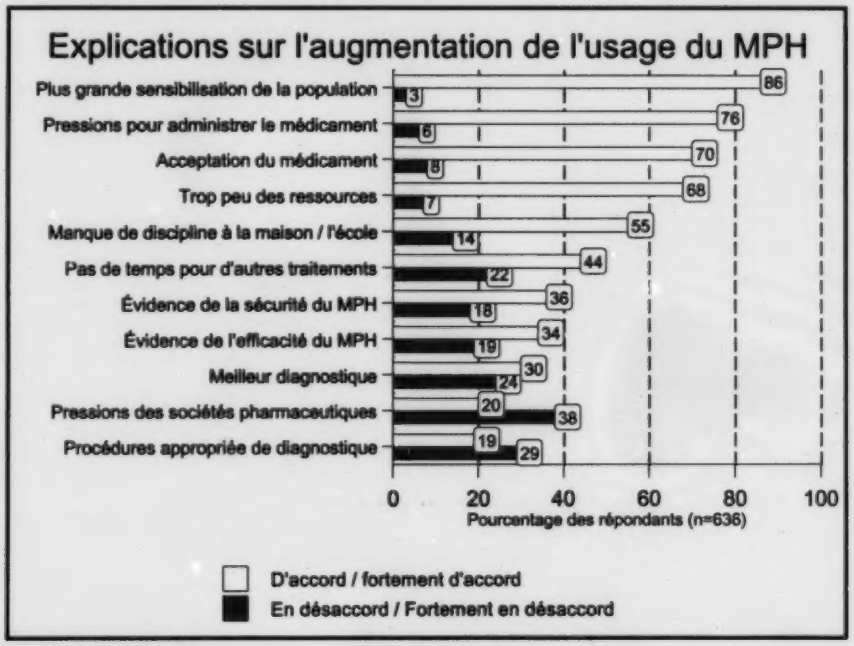


Graphique 13 : *question n° 5 de l'enquête.*

Les répondants de l'Ontario étaient les moins nombreux à dire que l'usage du MPH avait augmenté (64 % des répondants de l'Ontario) tandis que ceux de l'Ouest ont majoritairement indiqué que l'usage du médicament avait augmenté (81 % des répondants de l'Ouest). Enfin, les généralistes / médecins de famille étaient parmi ceux de toutes les spécialisations à dire que l'usage du MPH avait augmenté (69 % des généralistes / médecins de famille).

Après avoir été mis au courant de l'augmentation dans l'usage du MPS, à l'échelle nationale, au cours des dernières années, les répondants ont indiqué dans quelle mesure ils étaient d'accord ou en désaccord avec une série d'énoncés, lesquels donnaient des explications plausibles de cette augmentation. Les résultats de ces réponses sont indiqués dans le graphique 14.

Comme le démontre le graphique, l'augmentation dans l'usage du MPH à l'échelle nationale était, de l'avis des médecins, le résultat de plusieurs facteurs : la plus grande sensibilisation de la population sur la question du THADA et de ses traitements; les pressions des parents et des enseignants à utiliser un médicament pour traiter le THADA; le peu de ressources pour d'autres types d'intervention; et, une plus grande acceptation de l'usage de médicaments dans le traitement du THADA. D'autre part, les médecins interrogés ne s'accordaient pas sur l'usage approprié des procédures de diagnostique à l'égard du THADA. De plus, on ne s'accordait pas sur les pressions exercées par les sociétés pharmaceutiques sur les médecins afin que ceux-ci utilisent davantage de médicaments.



Graphique 14 : *question n° 6 de l'enquête.*

Quelques cotes divergentes ont été remarquées au sein des divers groupes. Dans l'ensemble, parmi les différentes spécialisations, les pédiatres du développement sont ceux qui étaient le plus en désaccord avec plusieurs énoncés. Plus particulièrement, 52 % des pédiatres du développement n'étaient pas d'accord sur le fait que les patients n'ont pas le temps de recourir à d'autres traitements, 38 % n'étaient pas d'accord qu'il existe un manque de structure et de discipline à la maison et à l'école, et 80 % n'étaient pas d'accord qu'il y a une pression exercée par les sociétés pharmaceutiques en vue de mousser l'usage de médicaments. D'autres part, 80 % des généralistes / médecins de famille s'accordaient à dire qu'il y a une meilleure acceptation de médicaments pour traiter le THADA. Enfin, 49 % des répondants de la région des Prairies s'accordaient à dire qu'il y a un manque de structure et de discipline à la maison et à l'école.

Les commentaires obtenus des répondants à une question ouverte les invitant à formuler leurs opinions sur la première partie du questionnaire couvraient une vaste gamme de sujets. Les commentaires les plus fréquents étaient les suivants :

- les coupures dans les ressources destinées aux enfants ont entraîné une plus grande dépendance sur les médicaments pour traiter les problèmes (6 % de tous les répondants)
- certains parents perçoivent les médicaments comment une solution facile aux problèmes de comportement (5 % de tous les répondants)
- les médicaments constituent un traitement peu coûteux et plus facile pour le THADA que d'autres options (5 % de tous les répondants)
- certains parents refusent d'essayer les médicaments pour traiter les problèmes de leur enfant, et ce même lorsque ce traitement s'impose (4 % de tous les répondants)
- il existe des meilleurs médicaments que le MPH pour traiter le THADA (3 % de tous les répondants)
- il existe des pressions pour utiliser le MPH lorsqu'un enfant est le moindrement inattentif (3 % de tous le répondants)
- le MPH est trop prescrit (3 % de tous les répondants).

3.3 Pratiques et attitudes individuelles

La deuxième partie du questionnaire portait sur les comportements et les attitudes des médecins qui ont accueilli dans leur bureau des patients souffrant du THADA ou d'autres problèmes connexes au cours des 12 derniers mois (n=392 ou 62 % de tous les répondants).

3.3.1 Profil des patients souffrant du THADA

Deux questions générales sur le nombre de patients qui ont été examinés et traités pour le THADA ont été posées à tous les répondants qui avaient eu des patients souffrant de cette maladie au cours des 12 derniers mois. Les médecins qui ont accueilli de tels patients dans leur bureau estiment qu'ils en ont vus en moyenne 47,5 au cours des 12 derniers mois. Toutefois, cette distribution est très asymétrique avec une médiane de 12,0 patients souffrant du THADA ayant été vus par des médecins. Parmi ces patients, les médecins ont dit en avoir traités en moyenne 27,0 avec le MPH. Cette estimation est toute aussi asymétrique avec une médiane de 5,0 patients utilisant le MPH. À la lumière de ces chiffres, on estime qu'en moyenne, 66 % de tous les patients diagnostiqués avec le THADA ont été traités avec le MPH. Environ 12 % des médecins ont traité chaque patient souffrant du THADA avec le MPH, tandis que seulement 1 % des médecins n'ont traité aucun de leurs patients souffrant du THADA avec le MPH.

Dans le cadre d'une autre question, on a demandé aux répondants d'estimer le nombre de nouveaux patients qu'ils avaient diagnostiqués avec le THADA au cours des 12 derniers mois, et le nombre de ceux-ci traités avec le MPH, en indiquant l'âge et le sexe des patients. La moyenne de patients de sexe masculin et féminin figure au tableau 2. Il faut toutefois noter que les estimations dans cette section ont été souvent mal indiquées par les répondants, et plusieurs ont émis des plaintes à l'effet que l'effort exigé pour fournir ces estimations était prohibitif. Donc, il faudrait considérer ces estimations comme étant relatives, par rapport aux autres valeurs du tableau, plutôt que comme des estimations objectivement précises. Comme le démontre le tableau 2, indépendamment de la précision des chiffres, il est évident que les patients de sexe masculin sont plus souvent diagnostiqués avec le THADA que ceux de sexe féminin.

Tableau 2. Estimation du nombre de patients nouvellement diagnostiqués du THADA et traités avec le MPH au cours des 12 derniers mois

Sexe		Patients nouvellement diagnostiqués	Patients traités avec le MPH
Masculin	-moyenne	22,4	14,7
	-médiane	8,0	5,0
Féminin	-moyenne	6,7	4,1
	-médiane	1,0	1,0
TOTAL	-moyenne	29,2	18,2
	-médiane	6,0	6,0

Le tableau 3 démontre les résultats des estimations des médecins quant au nombre de patients diagnostiqués et traités pour le THADA dans diverses catégories d'âges. Là encore, les même directives d'interprétation qu'au tableau précédent s'appliquent. Toutefois, il est évident qu'à la lumière de ces résultats, les patients souffrant du THADA sont généralement âgés entre 5 et 12 ans.

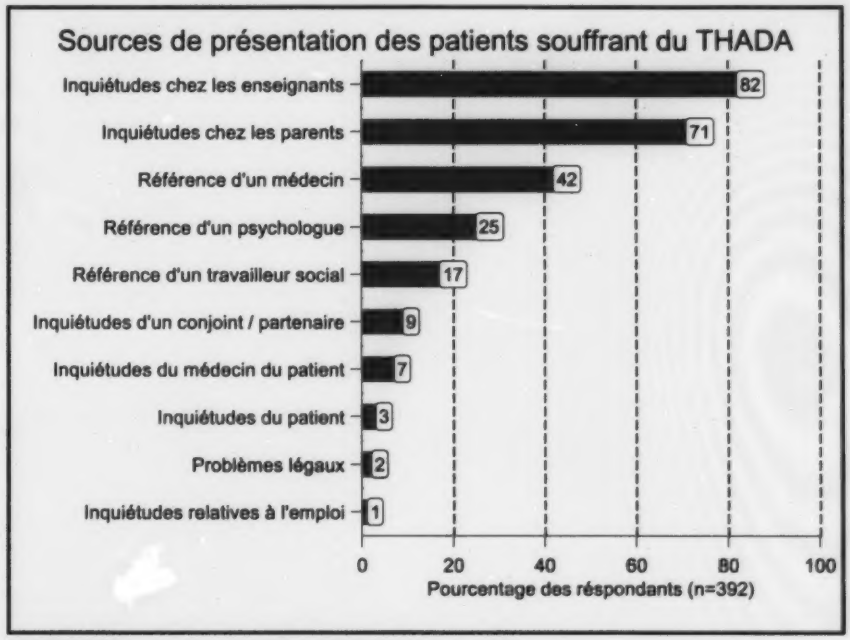
Tableau 3. Estimation du nombre de patients nouvellement diagnostiqués du THADA et traités avec le MPH au cours des 12 derniers mois.

Groupe d'âge		Patients nouvellement diagnostiqués	Patients traités avec le MPH
< 5 ans	-moyenne	2,3	0,8
	-médiane	0,0	0,0
de 5 à 12 ans	-moyenne	19,5	13,3
	-médiane	5,0	4,0
de 13 à 18 ans	-moyenne	5,5	3,9
	-médiane	0,0	1,0
>18 ans	-moyenne	1,0	0,7
	-médiane	0,0	0,0
TOTAL	-moyenne	28,4	18,7
	-médiane	7,0	6,0

Le nombre de patients qui figurent dans toutes ces estimations correspond à un modèle relativement conforme, parmi les divers groupes de spécialisations interrogés. Toutefois, les pédiatres du développement ont examiné un nombre sensiblement plus élevé de ce type de patients que dans d'autres domaines de spécialisation, avec une moyenne de 166 patients souffrant du THADA au cours des 12 derniers mois, et une moyenne de 80 d'entre eux ont été traités avec le MPH. Le deuxième chiffre le plus élevé a été rapporté par les pédiatres (qui ont examiné en moyenne 84 patients et en ont traités 47 ave le MPH), et les pédopsychiatres (qui ont examiné en moyenne 67 patients et en ont traités 41 avec le MPH). Les généralistes / médecins de famille ont rapporté la moyenne la moins élevée, avec une moyenne de 7 patients souffrant du THADA et une moyenne de 5 traités avec le MPH.

3.3.2 Présentation des patients souffrant du MPH

Les médecins, qui ont examiné des patients souffrant du THADA, ont indiqué à quelle fréquence ceux-ci leur ont été référés pour un diagnostic du THADA, et qu'elles étaient les diverses sources d'inquiétudes (Un choix de réponses a été donné aux répondants afin qu'ils leur attribuent une cote). L'inquiétude chez les enseignants s'est révélée la cause principale de la référence de patients, suivie de près par l'inquiétude chez les parents. Les références provenant d'autres médecins, psychologues et travailleurs sociaux ont été moins fréquentes. Les patients eux-mêmes, les problèmes légaux et les inquiétudes relatives au travail sont des sources de référence qui ont rarement, ou jamais, amené les patients à se présenter pour un diagnostic du THADA.



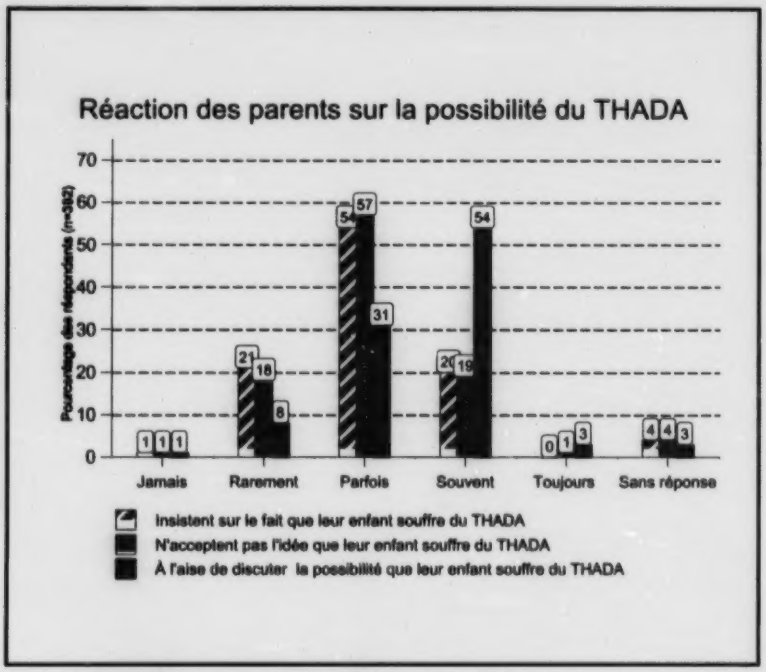
Graphique 15 : *question n° 9 de l'enquête.*

Des différences entre les domaines de spécialisation ont pu être observées. D'abord, plus que les autres spécialisations, les pédiatres du développement ont indiqué à 96 % que les inquiétudes des parents constituaient les raisons pour lesquelles les patients se présentaient pour un diagnostic du THADA. Par ailleurs, 53 % des répondants ont indiqué les psychologues comme une source de référence. De plus, 4 % des pédopsychiatres ont indiqué que les problèmes légaux sont des causes de référence alors que 35 % d'entre eux ont indiqué les travailleurs sociaux comme une source de référence.

3.3.3 Réaction des parents à la possibilité que leur enfant souffre du THADA

Les répondants qui ont eu des patients souffrant du THADA ont dit que, dans l'ensemble, les parents insistaient parfois sur le fait que leur enfant souffrait du THADA ou, inversement, n'acceptaient pas que leur enfant en soit atteint (Un choix de réponses a été donné aux répondants afin qu'ils leur attribuent une cote.).

Toutefois, les répondants croyaient le plus souvent que les parents étaient à l'aise de discuter la possibilité que leur enfant souffre du THADA.



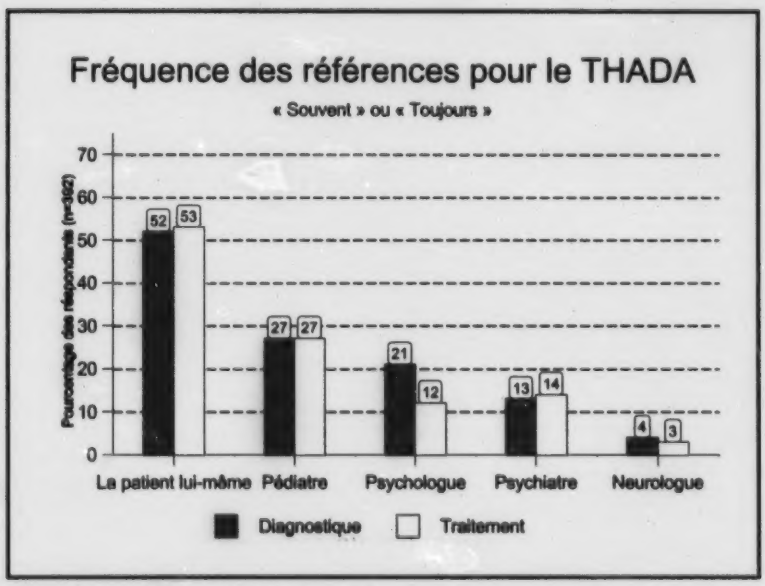
Graphique 16 : *question n° 10 de l'enquête.*

Les répondants du Québec ont indiqué qu'il y a moins de cas d'insistance de la part des parents à l'effet que leur enfant puisse souffrir du THADA (17 % des répondants du Québec ont répondu « souvent » ou « jamais ») et moins de cas où les parents sont à l'aise de discuter du THADA (37 % des répondants du Québec). De plus, les répondants du Québec ont indiqué avoir constaté plus de cas où les parents n'acceptent pas l'idée que leur enfant en souffrent (37 % des répondants du Québec). Toutefois, les répondants de la région de l'Atlantique sont ceux qui ont indiqué avoir constaté le moins de résistance de la part des parents (11 % des répondants de la région de l'Atlantique ont répondu « souvent » ou « toujours » et 71 % ont répondu « parfois » à la question.)

3.3.4 Références pour le diagnostique et le traitement du THADA

Les indications des répondants sur la fréquence à laquelle les patients référés pour le THADA à d'autres professionnels figurent au graphique 17. Et, comme cette image le démontre, la majorité des répondants préfèrent diagnostiquer et traiter eux-mêmes les patients souffrant du THADA. Le pédiatre a été la source externe de référence la plus souvent invoquée par les répondants. Ce n'est que très rarement que les répondants ont référé leurs patients à des psychologues ou à des psychiatres. Les références à des neurologues ont été les moins fréquentes. De plus, 20 % des répondants ont référé leurs patients à « d'autres professionnels » non indiqués dans le questionnaire :

- 2 % de ces répondants ont mentionné les travailleurs sociaux
- 2 % de ces répondants ont mentionné les enseignants
- 2 % de ces répondants ont mentionné les ergothérapeutes
- 2 % de ces répondants ont mentionné les généralistes
- 1 % de ces répondants ont mentionné les pédiatres du développement.



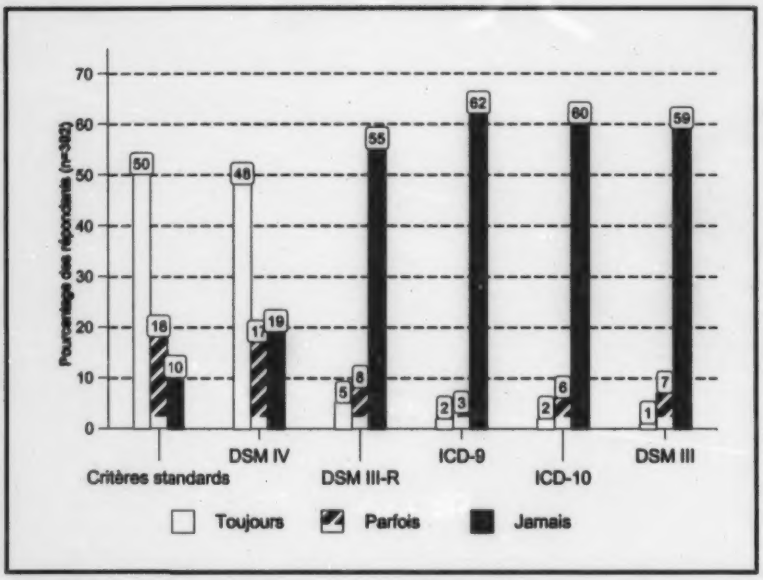
Graphique 17 : *question n° 11.*

Les répondants de trois domaines de spécialisation sont ceux qui diagnostiquaient et traitaient le THADA sans référer les patients à d'autres professionnels : 78 % des pédiatres du développement ont évalué leurs patients eux-mêmes et 71 % d'entre eux ont traité les patients eux-mêmes; 74 % des pédiatres ont évalué leurs patients eux-mêmes et 81 % ont prescrit le traitement eux-mêmes; 91 % de pédopsychiatres ont évalué leurs patients eux-mêmes et 85 % ont prescrit le traitement eux-mêmes. Les généralistes / médecins de famille sont ceux qui avaient référé le plus de patients à des pédiatres pour un diagnostique (58 % des généralistes / médecins de famille) et pour un traitement (57 %). Les pédopsychiatres sont ceux qui avaient référé le plus de patients à un psychologue (20 % des pédopsychiatres) ou à un neurologue (5 % des pédopsychiatres) pour un traitement, ou à un neurologue pour le diagnostique (6 % des pédopsychiatres).

Les répondants du Québec sont ceux qui ont référé le plus de patients à un neurologue pour un diagnostique (15 % des répondants du Québec) ou un traitement (13 % des répondants du Québec). Ce sont ceux qui ont référé le plus de patients à un psychologue pour un diagnostique (37 % des répondants du Québec). Les répondants de la région de l'Atlantique sont ceux qui ont référé le plus de patients à un psychologue pour un traitement (27 % des répondants de l'Atlantique). Enfin, plus que tous les autres répondants, ceux des régions de l'Atlantique et de l'Ouest ont référé le plus de patients à un pédiatre pour un diagnostique (46 % des répondants de l'Atlantique et 48 % des répondants de l'Ouest) et pour un traitement (43 % des répondants de l'Atlantique et 49 % des répondants de l'Ouest). Ils ont également été les moins nombreux à agir seuls pour diagnostiquer le THADA (51 % des répondants de l'Atlantique et 52 % des répondants de l'Ouest) et pour traiter (56 % des répondants de l'Atlantique et 55 % des répondants de l'Ouest).

3.3.5 Critères de diagnostique du THADA

Lorsque qu'on a posé des questions sur l'utilisation des critères de diagnostique, la majorité des répondants qui avaient eu des patients souffrant du THADA avaient utilisé les critères standards ou le DSM IV pour diagnostiquer le THADA. Très peu de répondants ont indiqué avoir utilisé le DSM III, le DSM III-R, l'ICD-9, ou l'ICD-10. (Des choix de réponses ont été donnés aux répondants afin qu'une cote soit attribuée aux réponses). Tous les répondants ont dit avoir utilisé au moins un de ces critères de diagnostique, au moins quelquefois.



Graphique 18 : *question n° 12 de l'enquête.*

La préférence des répondants à l'égard des différents critères de diagnostique a été étudiée en leur demandant s'ils étaient d'accord que certains critères soient importants dans le diagnostique du THADA. La plupart des critères ont reçu une cote élevée, y compris : altération fonctionnelle à la maison, à l'école ou au travail; les symptômes d'inattention; altérations cliniques importantes; durée des symptômes; et, les symptômes d'hyperactivité.

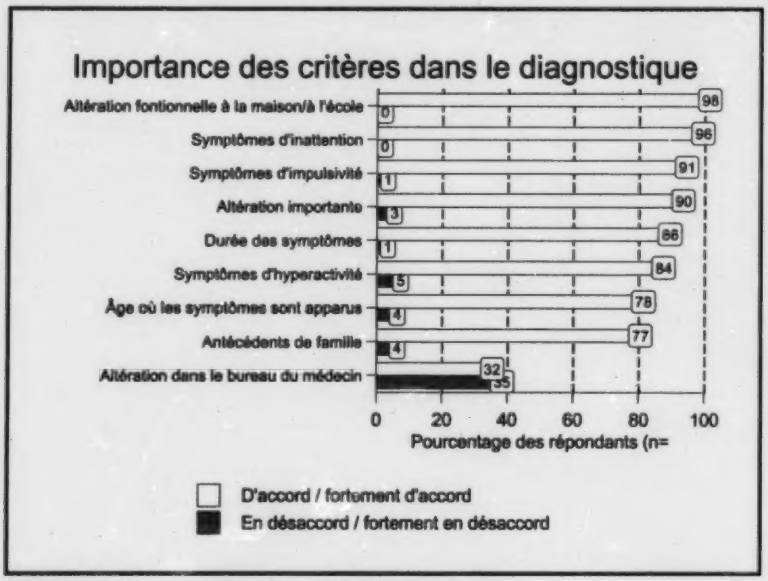
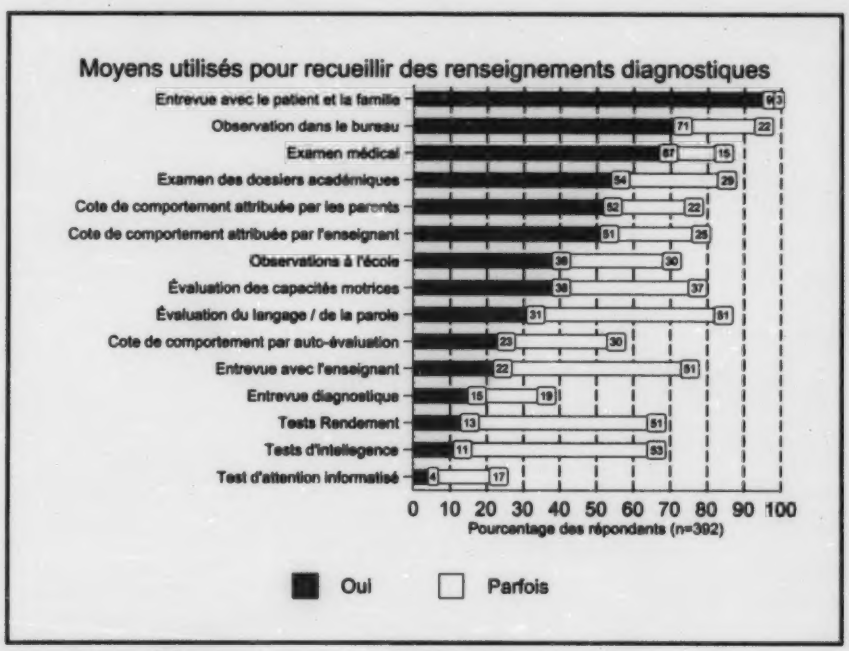


Tableau 19 : *question n° 13 de l'enquête.*

Dans l'ensemble, les généralistes / médecins de famille sont ceux qui ont utilisé le moins l'âge d'apparition des symptômes comme critère (68 % des généralistes / médecins de famille), mais la plupart s'accordaient à utiliser l'altération de fonctionnement dans le bureau du médecin comme critère (44 % des généralistes / médecins de famille étaient d'accord). Les pédiatres sont les plus nombreux à avoir été d'accord sur le fait que les symptômes d'inattention sont importants dans le diagnostic du THADA (99 % des pédiatres étaient d'accord). Enfin, les pédiatres du développement étaient d'accord sur l'importance des symptômes d'impulsivité (100 % des pédiatres du développement étaient d'accord), sur la durée des symptômes (100 % étaient d'accord), sur l'altération clinique importante (100 % étaient d'accord), et sur l'altération de fonctionnement à la maison, à l'école ou au travail (100 % étaient d'accord). On a remarqué que les médecins plus âgés (r = .21) et ceux qui pratiquent la médecine depuis plus longtemps (r = .22) se fiaient d'avantage que les autres groupes sur l'altération fonctionnelle au bureau du médecin.

Des réponses aux questions posées aux répondants sur les méthodes de cueillette de l'information diagnostique ont indiqué le schéma figurant au graphique 20 (Un choix de réponses a été donné aux répondants afin qu'ils leur attribuent une cote.) Les entrevues avec le patient et la famille sont la méthode de collecte de données utilisée le plus fréquemment par les médecins. Viennent ensuite les observations sur le comportement dans le bureau du médecin ainsi que les examens médicaux. Un peu plus de la moitié des répondants ont dit avoir utilisé régulièrement les dossiers académiques, les échelles standardisées d'auto-évaluation du comportement, et les échelles standardisées d'évaluation du comportement remplies par les enseignants. Les méthodes les moins utilisées ont été les entrevues diagnostiques standardisées du patient et de la famille (p. ex., l'interview diagnostique pour l'évaluation de l'enfant, IDÉE), les tests de rendement et d'intelligence et les tests d'attention informatisés.



Graphique 20 : *question n° 14 de l'enquête.*

Les pédiatres et les pédiatres du développement sont ceux qui, parmi les autres répondants, ont généralement répondu « oui » aux questions suivantes :

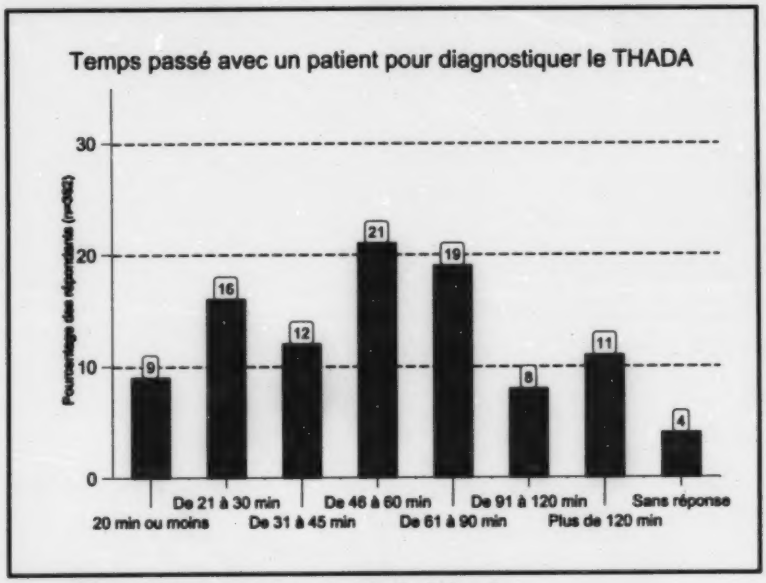
- entrevues avec les patients et la famille (100 % des pédiatres et des pédiatres du développement)
- entrevue avec les enseignants (32 % des pédiatres et 22 % des pédiatres du développement)

- examen des dossiers académiques (86 % et 88 %)
- échelles standardisées des cotes d'évaluation du comportement complétées par le patient (33 % et 53 %), par les parents (68 % et 100 %) et les enseignants (67 % et 100 %
- tests d'intelligence (23 % et 37 %) et de rendement (25 % et 53 %)
- examens médicaux (95 % et 90 %)
- évaluations des aptitudes motrices (65 % et 56 %), et
- évaluation du langage et de la parole (49 % et 37 %).

Les répondants plus âgés sont ceux qui ont utilisé davantage les entrevues diagnostiques standardisées avec les patients et la famille (r = -.13), qui ont effectué davantage l'examen des dossiers académiques (r=-.18), ont fait plus d'observations comportementales à l'école (r = -.14), ont utilisé plus de tests de rendement (r = -.14), mais ont été les moins nombreux à effectuer des examens médicaux (r=.19).

3.3.6 Temps nécessaire pour diagnostiquer le THADA

Les répondants qui ont eu des patients souffrant du THADA ont dit qu'il leur faut, en moyenne, 69 minutes avec le patient pour effectuer un diagnostic du THADA. Le temps médiane (le point milieu dans toute la répartition des réponses) était de 60 minutes. La plus petite période indiquée était de 10 minutes. La répartition du temps requis pour diagnostiquer les patients est indiquée dans le graphique 21.

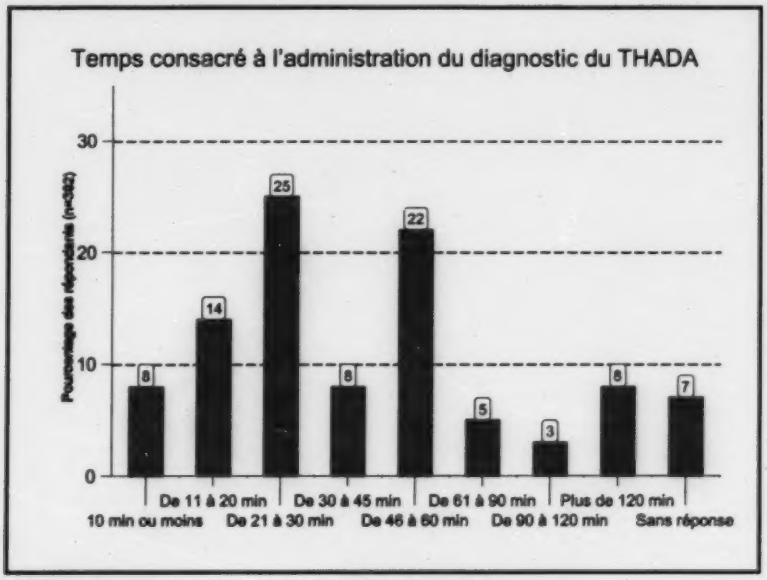


Graphique 21 : *question n° 15 de l'étude.*

Les répondantes de sexe féminin on indiqué prendre plus de temps que les répondants de sexe masculin au diagnostic (moyenne = 79,1 par rapport à 62,8 min.), et à l'administration (moyenne = 55,5 par rapport à 42,6 min.).

Parmi les diverses spécialisations, les pédiatres du développement et les pédopsychiatres sont ceux qui ont passé le plus de temps sur le diagnostic (moyenne = 106,8 et 111,9 min.) et à l'administration (moyenne = 56,7 et 62,6 min.). Enfin, on a remarqué que les répondants qui ont obtenu leur diplôme aux É.-U. ou en Amérique du Sud / Centrale prennent plus de temps au chapitre du diagnostic. Par contre, les répondants ayant obtenu leur diplôme en Europe, en Asie et en Afrique ont passé plus de temps à l'administration.

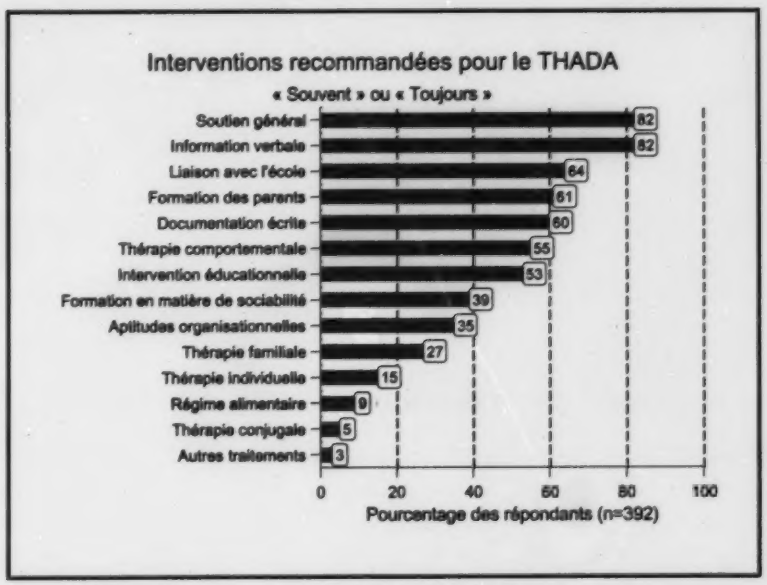
De plus, les répondants ont dit avoir passé en moyenne 47,5 minutes à l'administration d'un diagnostic typique du THADA. La médiane, ou le point milieu de toutes les réponses, était de 30 minutes. Comme l'illustre la répartition des réponses au graphique 22, les périodes de temps semblent se situer autour des 30 et 60 minutes.



Graphique 22 : *question n° de l'enquête.*

3.3.7 Interventions recommandées pour le THADA

Les interventions sans médicaments les plus souvent recommandées pour le THADA ont été la prestation de renseignements, donnés verbalement, et le soutien général (Un choix de réponses a été donné aux répondants afin qu'ils leur attribuent une cote.). Moins fréquemment, les répondants ont indiqué : suivre un régime alimentaire, établir une liaison avec les écoles ou les employeurs; fournir de la documentation écrite; recommander la thérapie comportementale et l'intervention éducationnelle. Les interventions les moins recommandées étaient une thérapie individuelle et une thérapie conjugale. Parmi les « autres » interventions suggérées par les répondants, on retrouve : l'exercice, la nutrition et le sommeil. Environ 49 % des répondants utilisaient, toujours ou souvent, plus d'une intervention sans médicaments pour traiter le THADA.



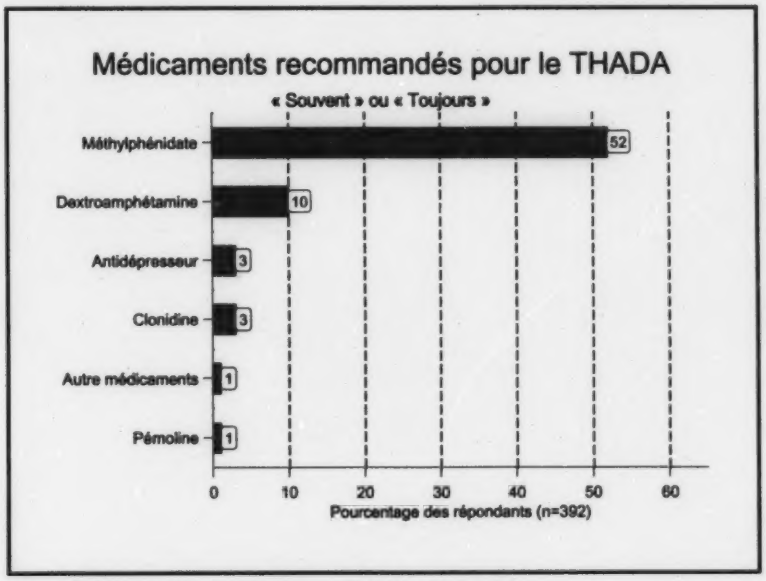
Graphique 23 : *question n° 17 de l'enquête.*

Les généralistes / médecins de famille sont ceux qui ont indiqué le moins souvent avoir donné des renseignements verbaux aux patients « souvent » ou « toujours » (58 % des généralistes / médecins de famille). Les pédiatres du développement sont deux qui ont indiqué le plus souvent avoir fourni de la documentation écrite (84 % des pédiatres du développement), avoir établi une liaison avec l'école ou les employeurs (100 %), avoir recommandé une thérapie comportementale (74 %) ou une intervention éducationnelle (100 %). Les pédopsychiatres sont ceux qui ont recommandé le plus souvent une formation parentale (87 % des pédopsychiatres, une formation en matière de sociabilité (57 %), une thérapie familiale (45 %), une psychothérapie individuelle (23 %), et une thérapie conjugale (9 %).

Dans l'ensemble, les répondantes de sexe féminin sont celles qui ont « souvent » ou « toujours » fourni, de la documentation écrite et ce plus souvent que les répondants de sexe masculin (72 % des femmes et 60 % des hommes). Elles ont : recommandé une thérapie comportementale (67 % des femmes et 54 % des hommes), une formation parentale (75 % des femmes et 59 % des hommes), une la formation en compétences organisationnelles (51 % des femmes et 32 % des hommes), une formation en matière de sociabilité (51 % des femmes et 37 % des hommes), une thérapie familiale (36 % des femmes et 25 % des hommes), et une thérapie individuelle (20 % des femmes et 14 % des hommes).

En général, les répondants de la province de Québec étaient moins nombreux que les autres à avoir recommandé « souvent » ou « toujours » de la documentation écrite (44 des répondants du Québec), une formation en compétences organisationnelles (29 % des répondants du Québec), ou une formation en matière de sociabilité (32 % des répondants du Québec).

Les recommandations au sujet des médicaments pour le THADA sont indiquées au graphique 24 (Un choix de réponses a été donné aux répondants afin qu'ils leur attribuent une cote.). Comme le démontre le graphique, le MPH est de loin l'intervention le plus souvent prescrite par les répondants. Parmi les « autres médicaments » suggérés par les répondants eux-mêmes, le Risperidone a été indiqué le plus souvent (3 % des répondants). Un répondant a dit que le MPH n'est qu'un stimulant parmi une plus grande catégorie de produits semblables, et que, le fait de poser une question uniquement à propos du MPH embrouille la question de stimulants utilisés pour traiter le THADA. Toutefois, ces résultats indiquent que le MPH se démarque comme un produit unique dans l'esprit des médecins.



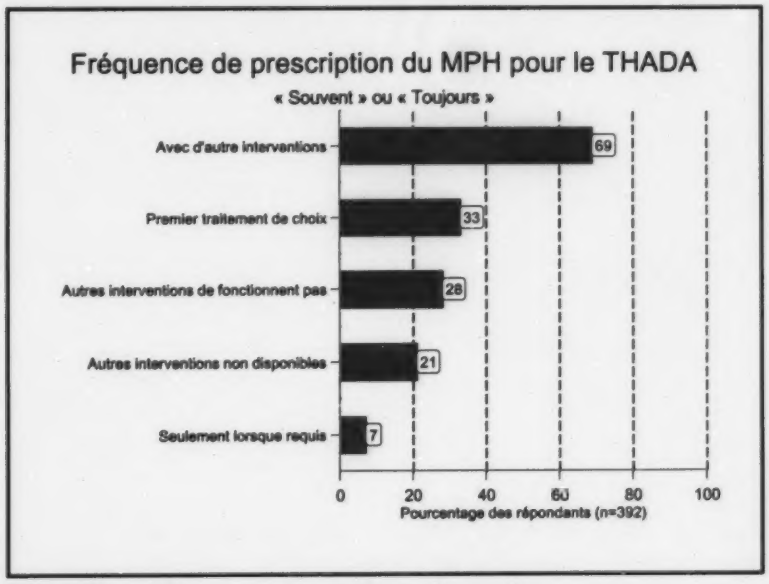
Graphique 24 : *question n° 17 de l'enquête.*

Tandis que les généralistes / médecins de famille sont les moins nombreux parmi les quatre spécialisations ciblées à avoir recommandé « souvent » ou « toujours » la dextroamphétamine (4 % des généralistes / médecins de famille), les pédiatres sont les plus nombreux à avoir recommandé le méthyphénidate (63 % des pédiatres) et la pémoline (13 % des pédiatres). Les pédopsychiatres sont les plus nombreux à avoir recommandé les antidépresseurs (9 % des pédopsychiatres).

Les répondants du Québec sont les moins nombreux parmi toutes les régions à avoir recommandé « souvent » ou « toujours » l'usage de la dextroamphétamine (25 % des répondants du Québec) ou d'antidépresseurs (3 % des répondants du Québec).

3.3.8 Prescription du MPH pour traiter le THADA

Les répondants qui ont eu des patients souffrant du THADA ont indiqué la fréquence à laquelle ils prescrivent le MPH pour ce type de patients, et ce dans diverses conditions (Un choix de réponses a été donné aux répondants afin qu'ils leur attribuent une cote.), et ces cotes sont indiquées au graphique 25. Conformément aux conclusions établies antérieurement sur les traitements multi-modaux, le MPH est prescrit le plus souvent conjointement avec d'autres interventions. La condition la moins fréquente où le médicament est prescrit est lorsque qu'il fait suite à une demande d'un patient ou des parents de celui-ci.

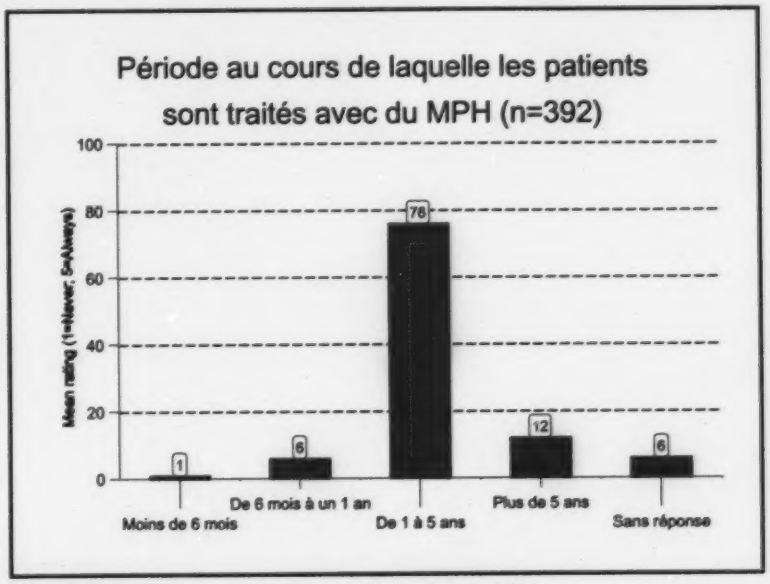


Graphique 25 : *question n° 18 de l'enquête.*

On a remarqué que les pédopsychiatres ont été les plus nombreux à avoir rapporté qu'ils avaient prescrit «souvent » ou « toujours » le MPH de façon régulière à titre de traitement de choix (52 % des pédopsychiatres) et aussi en conjonction avec d'autres interventions (91 % des pédopsychiatres).

3.3.9 Période au cours de laquelle les patients souffrant du THADA prennent le MPH

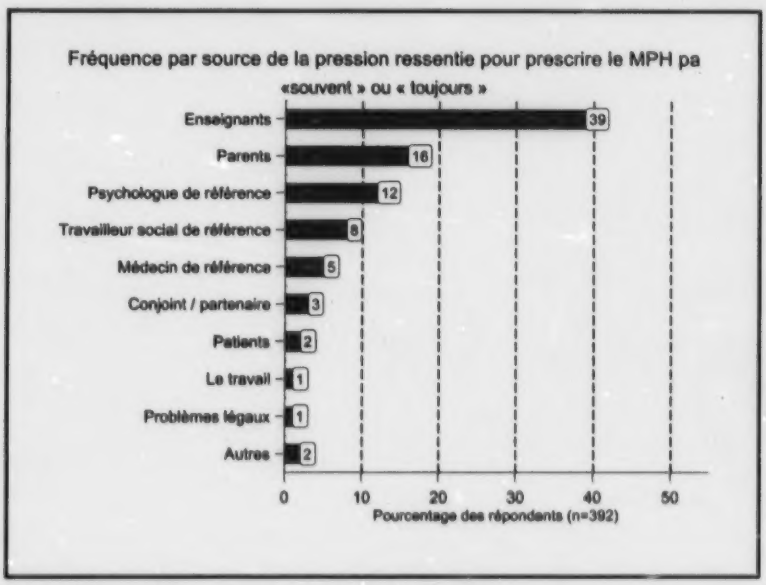
Comme le démontre le graphique 26, plus des trois quarts de tous les répondants qui ont eu des patients souffrant du THADA ont choisi la catégorie « de un à cinq ans » pour indiquer la période moyenne de temps au cours de laquelle les patients souffrant du THADA prennent le MPH. (Les catégories données aux répondants figurent dans le graphique 26, de même qu'une indication de la proportion des répondants qui n'ont pas donné de réponse).



Graphique 26 : *question n° 19 de l'enquête.*

3.3.10 Pressions exercées pour prescrire le MPH

Afin d'examiner la mesure dans laquelle les médecins subissent des pressions diverses pour prescrire le MPH, les répondants ayant eu des patients souffrant du THADA ont été appelés à attribuer une cote sur la fréquence à laquelle divers facteurs ont exercé des pressions. Ces cotes sont résumées dans le graphique 27. En général, les répondants ont le plus souvent ressenti de la pression pour prescrire le MPH de la part des enseignants et, de façon moindre, une part des parents. Les répondants ont ressenti le moins de pression suite à des problèmes légaux ou des inquiétudes concernant le travail. Les infirmiers / infirmières, les autres enfants et les représentants scolaires étaient parmi les « autres » sources de pression mentionnées par les répondants.

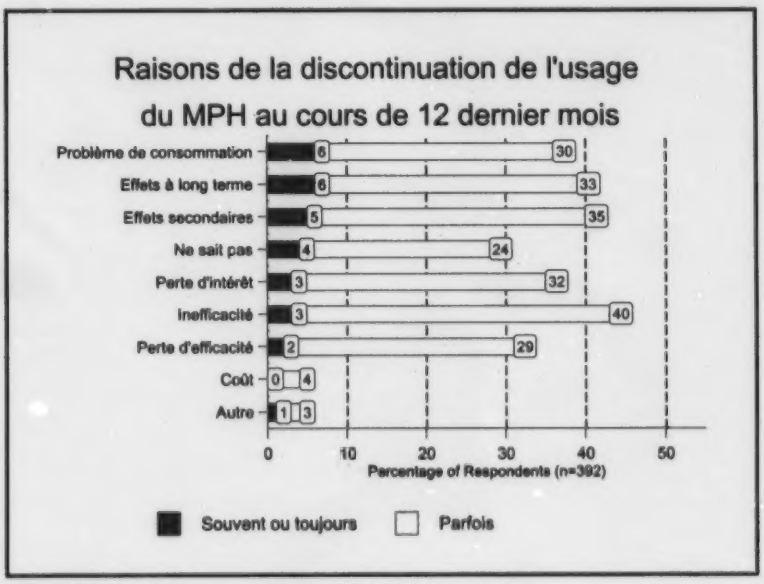


Graphique 27 : *question n° 20 de l'enquête.*

Les pédiatres sont ceux qui, parmi les autres groupes, ont dit avoir subi le moins de pression suite aux inquiétudes relatives au travail (seulement 1 % des pédiatres ont dit subir parfois des pressions). Les pédopsychiatres étaient les plus nombreux parmi les autres répondants à avoir « parfois » ou « toujours » indiqué qu'ils ont subi des pressions de la part des enseignants (24 % des pédopsychiatres) ou des parents (3 % des pédopsychiatres). Les généralistes / médecins de famille sont ceux qui ont dit avoir subi le plus de pression de la part des parents (27 % des généralistes / médecins de famille), et le moins de pressions de la part des médecins de référence (2 % de généralistes / médecins de famille) ou de la part des travailleurs sociaux (6 % des généralistes / médecins de famille).

3.3.11 Raisons de discontinuer l'usage du MPH

Les cotes attribuées par les répondants ont indiqué que rarement, les facteurs tels que l'inefficacité du MPH, les effets secondaires, les craintes à l'égard des effets à long terme, la perte éventuelle d'efficacité, la difficulté à maintenir la consommation régulière du médicament ou le coût, ont affecté la décision des patients de discontinuer l'usage du MPH. (Un choix de réponses a été donné aux répondants afin qu'ils leur attribuent une cote.)

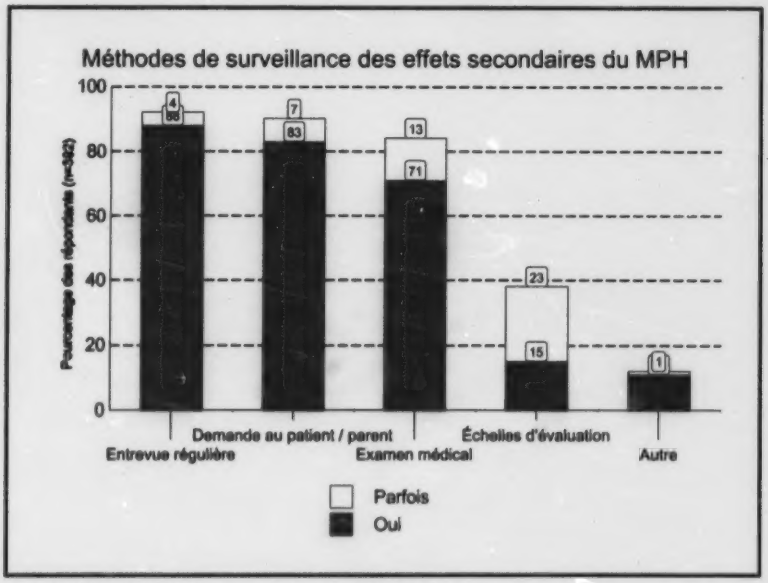


Graphique 28 : *question n° 21 de l'enquête.*

Les généralistes / médecins de famille étaient ceux qui, parmi les quatre domaines de spécialisation, ont dit avoir eu le moins grande nombre de patients qui ont discontinué l'usage du MPH en raison des effets secondaires (4 % des généralistes / médecins de famille) : les pédopsychiatres et les pédiatres du développement comptaient le plus grand nombre de patients qui ont discontinué l'usage de ce médicament pour cette même raison (7 % des pédopsychiatres et 11 % des pédiatres du développement). Les pédopsychiatres sont ceux qui comptaient le plus grand nombre de patients qui ont discontinué l'usage du MPH en raison de problèmes de régularité de consommation du médicament (6 % des pédopsychiatres).

3.3.12 Méthodes de surveillance du traitement du THADA

Les méthodes utilisées le plus fréquemment pour observer les effets secondaires chez les patients qui utilisent le MPH sont présentées au graphique 29 (Un choix de réponses a été donné aux répondants afin qu'ils leur attribuent une cote.) Dans l'ensemble, on peut constater que les répondants se sont fiés sur les visites régulières de suivi, sur une demande faite aux parents ou aux patients d'appeler lorsque des effets secondaires se manifestent, et sur les examens médicaux afin de détecter les effets secondaires du MPH. L'utilisation des échelles d'évaluation des effets secondaires est relativement peu fréquente. L'« autre » méthode utilisée le plus fréquemment, mentionnée par les répondants, était de surveiller les dossiers et les bulletins scolaires.

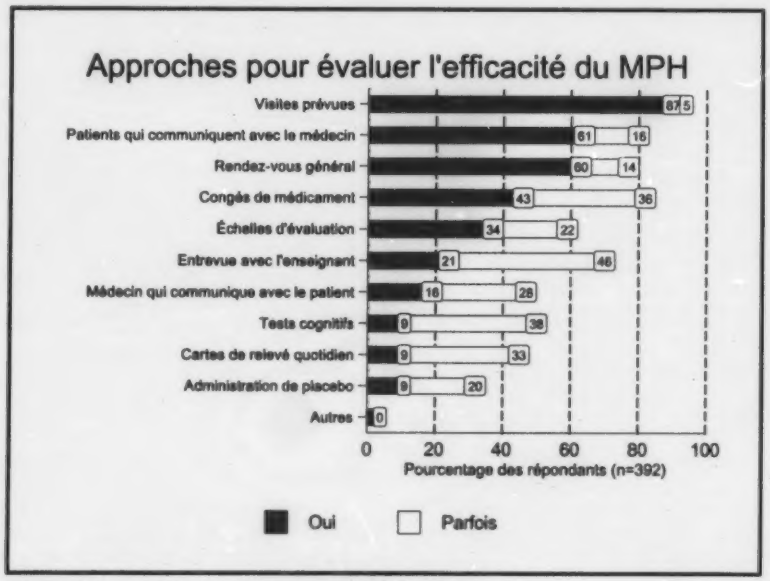


Graphique 29 : *question n° 22 de l'enquête.*

Les analyses ont démontré que les échelles d'évaluation des effets secondaires étaient utilisées plus fréquemment par les répondants plus âgés (r = .15) et par ceux qui pratiquaient depuis plus longtemps (r = .14). Ces échelles étaient également plus utilisées par les pédiatres du développement (29 % des pédiatres du développement) et par les pédopsychiatres (25 % des pédopsychiatres) que par d'autres groupes. Par contre, la pratique des examens médicaux semble être utilisée davantage par les jeunes médecins (r = -.15) et ceux qui comptent moins d'années d'expérience (r = -.16). Les examens médicaux étaient la méthode la moins fréquemment utilisée par les pédiatres du développement (7 % des pédiatres du développement).

Afin d'évaluer l'efficacité du traitement au MPH, la méthode utilisée le plus fréquemment par les répondants était celle des rendez-vous réguliers afin d'examiner le progrès du traitement. (Un choix de réponses a été donné aux répondants afin qu'ils leur attribuent une cote). La deuxième méthode la plus fréquemment utilisée consistait à demander aux patients de communiquer avec le médecin ou de lui poser des questions au cours de son prochain rendez-vous. La méthode la moins fréquente était l'administration de placebo, des cartes de relevé quotidien, ou des tests cognitifs ou psycopédagogiques.

Un répondant a fait remarquer que le terme « congé de médicament » a plusieurs significations dans le domaine médical. L'une de ces significations porte sur un essai contrôlé où les effets suite à la discontinuation d'un médicament sont soigneusement évalués. Une deuxième signification porte simplement sur la discontinuation d'un médicament en raison des inconvénients qu'il occasionne. Cette enquête n'apporte aucune différence à ces deux définitions.



Graphique 30 : *question n° 23 de l'enquête.*

Dans l'ensemble, les généralistes / médecins de famille étaient les moins nombreux, parmi les groupes de spécialisation à communiquer avec leurs patients par téléphone (10 %), à rencontrer les enseignants ou les employeurs (13 %), à utiliser des tests cognitifs ou psychopédagogiques (7 %) ou à demander à leurs patients de communiquer avec eux (57 % des généralistes / médecins de famille). Toutefois, les pédiatres du développement sont ceux qui ont dit avoir utilisé les placebos (42 % des pédiatres du développement), les échelles d'évaluation (84 %), les cartes de relevé quotidien (22 %), et les congés de médicament (67 %) le plus souvent.

À la fin de l'enquête, lorsque les répondants ont eu l'occasion d'indiquer le type d'aide qui leur serait le plus utile pour soigner leurs patients souffrant du THADA, les réponses les plus fréquentes furent les suivantes :

- formation médicale continue (37 % des répondants)
- disponibilité de la documentation pour les médecins (27 % des répondants)
- disponibilité de la documentation pour les patients ou leurs parents (20 % des répondants)
- davantage de ressources scolaires et de programmes de soutien (5 % des répondants)
- consensus sur toutes les options de diagnostic et de traitement à l'endroit du THADA (5 % des répondants)
- disponibilité de meilleurs outils de diagnostic (4 % des répondants);
- meilleur accès à d'autres professionnels (4 % des répondants)
- mise sur pieds d'équipes de traitement multidisciplinaires (3 % des répondants).

À la fin du questionnaire, les répondants ont eu la chance d'exprimer d'autres idées ou d'autres préoccupations sur les sujets du questionnaire. Aucune constante importante n'a découlé de ces réponses, ce qui laisse à entendre que le questionnaire a été perçu comme ayant couvert l'étendue de la question.

4 Sommaire

Il est important de noter que les résultats de ce sondage représentent les opinions et les croyances d'un groupe de médecins sélectionnés. Ainsi, les résultats ne correspondent pas nécessairement à la totalité des opinions des médecins canadiens en ce qui concerne le diagnostic du THADA et son traitement avec le MPH. Toutefois, ces résultats brossent un tableau des perceptions qu'ont les médecins du milieu dans lequel ils pratiquent, et de l'influence relative des divers facteurs sur le diagnostic et le traitement du THADA. En gardant cette perspective à l'esprit, les pages qui suivent aborderont certaines des conclusions majeures qui découlent des résultats de cette enquête.

4.1 Les médecins et les méthodes de diagnose du le trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention THADA)

La majorité des médecins qui ont pris part à cette enquête ont recu des patients souffrant du THADA. Lorsque tous les domaines de spécialisation sont réunis, les médecins reçoivent en moyenne 50 patients de ce type par année. Ce sont les pédiatres du développement qui rapportent le nombre le plus élevé de cas. Comme en fait foi la documentation sur le sujet, la plupart des patients diagnostiqués et traités pour le THADA étaient de sexe masculin âgé entre 5 et 12 ans. Les inquiétudes des enseignants et des parents constituent la raison la plus fréquente pour laquelle les patients sont amenés chez les médecins.

Le diagnostic du THADA est principalement établi à l'aide des critères standards de diagnostique ou le DSM IV. Les facteurs les plus souvent pris en considération dans le diagnostic du THADA sont les altérations à la maison, l'inattention, les altérations importantes, l'impulsivité, la durée des symptômes, l'hyperactivité, l'âge où les symptômes font apparition et les antécédents de famille. Les méthodes de cueillette de renseignements comprennent les entrevues avec les patients et leur famille, les observations dans le bureau du médecin, les examens médicaux, l'examen des dossiers académiques et les échelles d'évaluation de comportement effectuées par les patients et leurs enseignants. La durée approximative nécessaire pour diagnostiquer le THADA est en moyenne d'une heure, et le temps nécessaire à l'administration est de quarante-cinq minutes supplémentaires.

Toutefois, malgré la disponibilité des instruments de diagnostique et des critères établis, les répondants (tant ceux qui ont que ceux qui n'ont pas de patients souffrant du THADA) croient généralement qu'ils sont trop peu informés au sujet du THADA, de son diagnostic et de son traitement. Les réactions ont été mitigées quant à la limpidité des critères de diagnostique, ce qui indique que certains médecins ne sont pas à l'aise avec le diagnostic du THADA. De plus, il y a une perception générale selon la quelle il y aurait des problèmes relativement au diagnostic du THADA et à l'usage du MPH. Les médecins croient qu'il y a trop peu de professionnels qualifiés pouvant diagnostiquer avec exactitude le THADA.

Lorsque vient le temps de référer des patients à d'autres professionnels pour le diagnostic ou le traitement du THADA, la plupart des médecins préfèrent s'occuper eux-mêmes de ces patients. Les répondants de trois domaines de spécialisation, soit les pédiatres du développement, les pédiatres et les pédopsychiatres, étaient ceux qui posaient le diagnostique et prescrivaient le traitement du THADA eux-mêmes, sans référer leurs patients à d'autres professionnels. De plus, plusieurs différences régionales ont pu être observées dans les modes de référence et ce, tant au niveau du diagnostic que celui du traitement.

4.2 Les médecins et la traitement du THADA

Dans l'ensemble, plus de quatre médecins sur cinq qui ont déclaré avoir des patients souffrant du THADA ont prescrit le MPH comme traitement. Les médecins ont indiqué qu'ils croyaient que le MPH était le médicament le plus efficace, particulièrement lorsqu'il est utilisé dans un traitement multi-modal. En général, le MPH est perçu comme le traitement de choix pour le THADA. Certaines des raisons expliquant l'augmentation de l'usage du MPH comprenaient: les pressions exercées pour prescrire le médicament; une plus grande sensibilisation de la population à l'égard de l'usage des médicaments en guise d'alternative; une plus grande pression exercée pour l'administration de médicaments des cas pour pallier à des maladie; trop peu de ressources pour des approches alternatives; une plus grande acceptation des médicaments, et un manque de discipline à la maison et à l'école.

D'autres possibilités de traitement recommandées par les médecins comprennent : les instructions verbales, le soutien général, la liaison avec les écoles et les lieux de travail, la distribution de documentation écrite, ainsi que divers programmes de thérapie et de formation. Là encore, les médecins ont indiqué que le MPH était plus efficace lorsqu'il était utilisé en conjontion avec ces autres approches. Lorsqu'on a demandé aux médecins d'indiquer la durée pendant laquelle les patients continuent leur traitement au MPH, la plupart des répondants ont choisi la catégorie « de 1 à 5 ans ».

4.3 Conditions dans lesquelles les médecins prescrivent le méthylphénidate (MPH)

Une analyse des réponses au sondage a révélé que les médecins semblent être très peu préoccupés à l'égard du MPH, concernant : ses effets à long terme, ses effets secondaires, sa perte graduelle d'efficacité, ainsi que la mauvaise publicité ou la possibilité de poursuites judiciaires. Le MPH est utilisé pour une variété de troubles médicaux autres que le THADA. (27 % des médecins ont déclaré utiliser le MPH pour des troubles médicaux autres que le THADA et le TDA).

Tel que mentionné plus haut, les parents sont une des principales raisons pour laquelle les patients sont amenés chez le médecin pour un diagnostic du TADA. Bien que les médecins aient indiqué que des parents insistent parfois pour faire diagnostiquer leur enfant comme souffrant du THADA, et que certains autres parents refusent d'accepter un tel diagnostic, la plupart du temps, les parents sont d'accord de discuter raisonnablement de la question avec leurs médecins.

4.4 Influences et pressions exercées sur les médecins pour prescrire le MPH

Les médecins ont indiqué qu'en général, des pressions sont exercées pour prescrire des médicaments, et plus particulièrement le MPH pour traiter le THADA. Cette pression semble provenir plus souvent des enseignants et des parents. D'autres professionnels, comme les psychologues et les travailleurs sociaux, sont aussi une autre source de pression. Les sociétés pharmaceutiques n'ont pas été perçues comme une source significative de pression dans la prescription de médicaments.

4.5 Les médecins : consommation et posologie du médicament

Les médecins surveillent la conformité de la posologie et la manifestation des effets secondaires ou d'autres problèmes, principalement par des moyens informels. La surveillance a lieu principalement dans le cadre de visites régulières de suivi, de questions posées au patient ou à la famille et d'examens médicaux. Les échelles standardisées d'évaluation, tout comme d'autres formes de critères ou de procédures semblent avoir été très peu utilisées.

4.6 Les médecins et évaluer d'efficacité du traitement

L'évaluation de l'efficacité du traitement du THADA n'a pas été rigoureuse chez la plupart des médecins. L'efficacité du traitement a été évaluée le plus souvent des façons suivantes : au cours des visites prévues chez le médecin; dans les communications du patient avec le médecin lorsque sont survenus des problèmes; discussions avec les patients lors des rendez-vous réguliers, ainsi que les congés de médicaments. Les méthodes d'évaluation utilisées moins fréquemment étaient des procédures plus formelles et proactives; p. ex., le médecin qui communique régulièrement avec son patient en guise de suivi, les traitements au placebos, les cartes de relevé quotidiens, ainsi que les tests cognitifs et psychopédagogiques.

5 Références

Kwasman, A., Tinsley, B.J. et Lepper, H.S. (1995). Pediatrician's knowledge and attitudes concerning diagnosis and treatment of Attention Deficit and Hyperactivity Disorders. *Archives of Pediatric & Adolescent Medicine, 149*, 1211-1216.

Rappley, M.D., Gardiner, J.C., Jetton, J.R. et Houang, R.T. (1995). The use of methylphenidate in Michigan. *Archives of Pediatric & Adolescent Medicine, 149*, 675-679.

Ruel, J.M. et Hickey, C.P. (1992). Are too many children being treated with methylphenidate? *Revue canadienne de psychiatrie, 37*, 570-572.

Safer, D.J. (1994). The impact of recent lawsuits on methylphenidate sales. *Clinical Pediatrics, 33* (3), 166-168.

Swanson, J.M., Lerner, M., et Williams, L. (1995). More frequent diagnosis of Attention Deficit-Hyperactivity Disorder. *The New England Journal of Medicine, 5 oct.*, 944.

Nations Unies (1997). Organe international de contrôle de sstupéfiants. *Substances psychotropes : statistiques pour 1995*. New York.

Wolraich, M.L., Lindgren, S., Stromquist, A., Milich, R., Davis, C., et Watson, D. (1990). Stimulant medication by primary care physicians in the treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Pediatrics, 86* (1), 95-101.

Enquête sur le trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention (THADA)
Diagnostic et traitement au méthylphénidate

Nous aimerions en apprendre davantage sur votre perspective du traitement et diagnostic du THADA ainsi que sur votre approche quant à l'emploi du méthylphénidate. Veuillez répondre aux questions suivantes aussi franchement et honnêtement que possible. Vos réponses demeureront **confidentielles** et les résultats de cette enquête ne seront communiqués que dans leur ensemble.

Le but de cette enquête est de mieux comprendre le contexte et les divers environnements dans lesquels travaillent les médecins. **Même si vous ne prescrivez pas de méthylphénidate, nous aimerions tout de même que vous répondiez à la première et à la dernière partie du questionnaire.**

PART 1: PRATIQUES ET ATTITUDES GÉNÉRALES

1. a) **Avez-vous déjà vu des patients pour le diagnostic ou le traitement du THADA?**

☐ 1 Oui ☐ 2 Non [*Passez à la question 2*]

b) **Avez-vous déjà prescrit le méthylphénidate pour le THADA?**

☐ 1 Oui ☐ 2 Non [*Passez à la question 2*]

c) **Avez-vous présentement des patients qui prennent du méthylphénidate pour le THADA?**

☐ 1 Oui [*Passez à la question 2*] ☐ 2 Non

d) **Si vous avez déjà arrêté de prescrire le méthylphénidate pour le traitement du THADA, la cause de votre décision d'arrêter était-elle l'une de celles énumérées ci-dessous?**

i) Ne voyait plus de patients ayant le THADA	☐ 1 Oui	☐ 2 Non
ii) N'était pas efficace	☐ 1 Oui	☐ 2 Non
iii) Inquiétudes quant aux effets secondaires	☐ 1 Oui	☐ 2 Non
iv) Inquiétudes quant à la mauvaise publicité / poursuites judiciaires	☐ 1 Oui	☐ 2 Non
v) Utilisation d'autres stimulants à sa place [*veuillez préciser*]:_____	☐ 1 Oui	☐ 2 Non
vi) Utilise d'autres traitements maintenant	☐ 1 Oui	☐ 2 Non

2. a) **Avez-vous déjà prescrit le méthylphénidate pour des troubles autres que le THADA?**

☐ 1 Oui ☐ 2 Non [*Passez à la question 4*]

b) Pour lequel des troubles suivants avez-vous prescrit le méthylphénidate?

☐ 1 Problèmes d'apprentissage ☐ 2 Narcolepsie ☐ 3 TDA (sans hyperactivité)
☐ 4 SIDA ☐ 5 Dépression ☐ 6 Trouble de conduite
☐ 8 Trouble oppositionnel ☐ 9 Troubles gériatriques - *Veuillez préciser* :_____

☐ 10 Autres - *Veuillez préciser* :_____

3. **Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consulté l'une des sources d'information suivantes sur le THADA?**

a) Revues scientifiques	☐ 1 Oui	☐ 2 Non
b) Patients	☐ 1 Oui	☐ 2 Non
c) Collègues	☐ 1 Oui	☐ 2 Non
d) Ateliers professionnels	☐ 1 Oui	☐ 2 Non
e) Cours de formation continue	☐ 1 Oui	☐ 2 Non
f) Média de grand public	☐ 1 Oui	☐ 2 Non
g) L'Internet	☐ 1 Oui	☐ 2 Non
h) Documentation de groupe de soutien, par ex. *Children and Adults with Attention Deficit Disorders* (CHADD)	☐ 1 Oui	☐ 2 Non

4. **Les énoncés suivants visent à évaluer votre opinion sur le THADA et son traitement. Veuillez indiquer sur l'échelle votre degré d'accord ou de désaccord avec chacun des énoncés.**

	Fortement en désaccord	En désaccord	Neutre	En accord	Fortement en accord
a) Le THADA est sous diagnostiqué	1	2	3	4	5
b) Le THADA est habituellement correctement diagnostiqué	1	2	3	4	5
c) Les critères de diagnostic du THADA sont trop vagues	1	2	3	4	5
d) Les médecins ne sont pas bien informés sur les critères standard de diagnostic	1	2	3	4	5
e) Il y a trop peu de diagnosticiens qualifiés pour le THADA	1	2	3	4	5
f) Le méthylphénidate est prescrit de manière appropriée	1	2	3	4	5
g) Les médecins sont poussés à prescrire le méthylphénidate	1	2	3	4	5

	Fortement en désaccord	En désaccord	Neutre	En accord	Fortement en accord
h) Le méthylphénidate est le meilleur traitement du THADA	1	2	3	4	5
i) L'utilisation efficace du méthylphénidate devrait être l'intégrer à un traitement multimodal du THADA (par ex. comprenant des interventions éducatives et psychosociales)	1	2	3	4	5

5. **Selon votre propre expérience, comment l'usage du méthylphénidate a-t-il changé depuis 1990, s'il y a eu changement?**

☐ 1 A augmenté ☐ 2 Est demeuré le même ☐ 3 A diminué

6. **On a rapporté que l'utilisation du méthylphénidate a augmenté à l'échelle *nationale* au cours des dernières années. À quel point êtes-vous en accord ou en désaccord avec les énoncés suivants en guise d'explication de cette augmentation de l'usage du méthylphénidate dans le traitement du THADA?**

	Fortement en désaccord	En désaccord	Neutre	En accord	Fortement en accord
a) Le public est plus conscient du THADA et de ses traitements	1	2	3	4	5
b) Il y a plus d'évidence de son efficacité	1	2	3	4	5
c) Il y a plus d'évidence de sa sûreté d'utilisation	1	2	3	4	5
d) De meilleures procédures de diagnostic sont disponibles pour le THADA	1	2	3	4	5
e) Les procédures de diagnostic du THADA sont utilisées de manière approprié	1	2	3	4	5
f) Il y a plus de pressions exercées par les parents et les enseignants pour recourir aux médicaments pour traiter le THADA	1	2	3	4	5
g) Les patients n'ont pas le temps à accorder à d'autres traitements	1	2	3	4	5
h) Il y a un manque de structure et de discipline à la maison ou à l'école	1	2	3	4	5
i) On accepte mieux l'idée de traiter le THADA avec des médicaments	1	2	3	4	5
j) Il y a une influence exercée par les compagnies pharmaceutiques pour utiliser les médicaments	1	2	3	4	5
k) Il y a peu de ressources pour d'autres modalités de traitements	1	2	3	4	5

7. **Avez-vous des commentaires sur n'importe lequel des sujets abordés dans cette partie de l'enquête?**

_____

_____

PARTIE 2 : PRATIQUES ET ATTITUDES INDIVIDUELLES

Si vous n'avez pas traité des patients pour le THADA ou des problèmes connexes au cours des 12 derniers mois, passer directement à la question 26 de la PARTIE 3 du questionnaire.

8. a) **Au mieux de votre connaissance, veuillez évaluer combien de patients vous avez vus souffrant du THADA, au cours des 12 derniers mois** : _____

b) **De ces patients, combien ont été traités au méthylphénidate?** _____

c) **Au mieux de votre connaissance, veuillez évaluer le nombre de patients de chacune des catégories suivantes que vous avez vus relativement au THADA au cours des 12 derniers mois :**

Sexe :	Nombre de patients - diagnostiqués	Nombre de patients - traités au méthylphénidate
Hommes		
Femmes		
TOTAL		

Groupe d'âge	Nombre de patients - diagnostiqués?	Nombre de patients - traités?
<5 ans		
5-12 ans		
13-18 ans		
>18 ans		
TOTAL		

9. **Selon votre expérience, à quelle fréquence voyez-vous des patients relativement au THADA en raison des facteurs suivants?**

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
a) Inquiétude des parents	1	2	3	4	5
b) Inquiétude de l'enseignant	1	2	3	4	5
c) Inquiétude du patient	1	2	3	4	5
d) Inquiétude du conjoint	1	2	3	4	5
e) Inquiétude pour l'emploi	1	2	3	4	5
f) Démêlés avec la justice	1	2	3	4	5
g) Votre propre inquiétude	1	2	3	4	5
h) Référence par un médecin	1	2	3	4	5
i) Référence par un psychologue	1	2	3	4	5
j) Référence par un travailleur social	1	2	3	4	5
k) Autre [*préciser ci-dessous*] _____	1	2	3	4	5

10. **Selon votre expérience, à quelle fréquence les parents ont-ils l'une des réactions suivantes face à la possibilité que leur enfant souffre du THADA?**

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
a) Insistent que leur enfant souffre du THADA	1	2	3	4	5
b) Résistent à l'idée que leur enfant puisse souffrir du THADA	1	2	3	4	5
c) Sont à l'aise devant cette possibilité	1	2	3	4	5

11. **En présence d'un patient souffrant du THADA, à quelle fréquence faites-vous appel à l'un des professionnels suivants pour a) le diagnostic et b) le traitement?**

	a) diagnostic					b) traitement				
	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
a) Pas de référence, fais moi-même l'évaluation	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
b) Pédiatre	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
c) Psychiatre	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
d) Psychologue	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
e) Neurologue	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
f) Autre [*préciser*] _____	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

12. **Lors de l'évaluation pour le THADA à quelle fréquence employez-vous chacun des outils suivants?**

	Jamais	Parfois	Toujours
a) Critères standards de diagnostic	1	2	3
b) DSM III	1	2	3
c) DSM III-R	1	2	3
d) DSM IV	1	2	3
e) ICD-9	1	2	3
f) ICD-10	1	2	3
g) Autre [*préciser ci-dessous*] _____	1	2	3

13. **À quel point êtes-vous en accord ou en désaccord que chacun des éléments suivants est important dans le diagnostic du THADA?**

	Fortement en désaccord	En désaccord	Neutre	En accord	Fortement en accord
a) Antécédents familiaux	1	2	3	4	5
b) Âge d'apparition	1	2	3	4	5
c) Symptômes d'inattention	1	2	3	4	5
d) Symptômes d'hyperactivité	1	2	3	4	5
e) Symptômes d'impulsivité	1	2	3	4	5
f) Durée des symptômes	1	2	3	4	5
g) Déficience significative du point de vue clinique	1	2	3	4	5
h) Déficience de fonctionnement à la maison, à l'école, au travail, etc.	1	2	3	4	5
i) Déficience de fonctionnement dans votre cabinet	1	2	3	4	5

14. **Employez-vous l'une des méthodes suivantes pour recueillir des renseignements de diagnostic sur un patient soupçonné de THADA?**

	Oui	Parfois	Non
a) Entrevue du patient et de la famille.	1	2	3
b) Entrevue de diagnostic normalisé du patient / de la famille, par ex. DICA (*Diagnostic Interview for Child Assessment*).	1	2	3
c) Entrevue avec l'enseignant.	1	2	3
d) Revue du dossier académique.	1	2	3
e) Auto-évaluation par échelle de comportement normalisée.	1	2	3
f) Échelle de comportement normalisée remplie par les parents.	1	2	3
g) Échelle de comportement normalisée remplie par les enseignants.	1	2	3
h) Observations du comportement dans votre cabinet.	1	2	3
i) Observations du comportement à l'école.	1	2	3
j) Test d'intelligence.	1	2	3
k) Test de connaissances.	1	2	3
l) Test d'attention informatisé .	1	2	3
m) Examen physique .	1	2	3
n) Évaluation des habiletés motrices .	1	2	3
o) Évaluation de la parole / du langage .	1	2	3
p) Autre [*préciser ci-dessous*] _____	1	2	3

15. **Combien de temps passez-vous normalement avec un patient lorsque vous diagnostiquez le THADA?** _____**minutes**

16. **Combien de temps est consacré à des tâches administratives pour un diagnostic typique?** (Cela comprend les appels téléphoniques aux enseignants, la correction des questionnaires, etc.) _____**minutes**

17. **À quelle fréquence employez-vous les interventions / traitements suivants sur vos patients souffrant de THADA?**

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
a) Information dispensée verbalement .	1	2	3	4	5
b) Remise d'information écrite	1	2	3	4	5
c) Appui général	1	2	3	4	5
d) Liaison avec l'école ou l'employeur.	1	2	3	4	5
e) Méthylphénidate	1	2	3	4	5
f) Dextroamphétamine	1	2	3	4	5
g) Pémoline	1	2	3	4	5
h) Antidépresseur	1	2	3	4	5
i) Clonidine	1	2	3	4	5
j) Autre médicament [*préciser ci-dessous*]: _____	1	2	3	4	5
k) Diète	1	2	3	4	5
l) Thérapie comportementale	1	2	3	4	5
m) Formation des parents	1	2	3	4	5
n) Formation en aptitude d'organisation	1	2	3	4	5
o) Formation en aptitudes sociales	1	2	3	4	5
p) Thérapie familiale	1	2	3	4	5
q) Psychothérapie individuelle	1	2	3	4	5
r) Psychothérapie conjugale	1	2	3	4	5
s) Intervention éducationnelle	1	2	3	4	5
t) Autre [*préciser ci-dessous*] _____	1	2	3	4	5
u) deux ou plus des interventions citées ci-dessus (k-t) dans un traitement multimodal	1	2	3	4	5

18. **À quelle fréquence prescrivez-vous du méthylphénidate pour les patients atteints de THADA dans chacune des circonstances suivantes?**

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
a) Couramment comme traitement de premier choix .	1	2	3	4	5
b) Seulement lorsque le patient (parents) le demande .	1	2	3	4	5
c) Seulement lorsque d'autres interventions sont sans succès .	1	2	3	4	5
d) Lorsque d'autres interventions ne sont pas disponibles .	1	2	3	4	5
e) Conjointement avec d'autres traitements.	1	2	3	4	5

19. **En moyenne, combien de temps vos patients atteint de THADA prennent-ils du méthylphénidate?**

☐ 1 Moins de 6 mois
☐ 2 Entre six mois et un an
☐ 3 Entre un an et cinq ans
☐ 4 Plus de cinq ans

20. **Vous arrive-t-il de vous sentir poussé à prescrire du méthylphénidate par l'une des sources suivantes?**

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
a) Les parents	1	2	3	4	5
b) L'enseignant	1	2	3	4	5
c) Le patient	1	2	3	4	5
d) Le conjoint	1	2	3	4	5
e) Inquiétude pour l'emploi	1	2	3	4	5
f) Démêlés avec la justice	1	2	3	4	5
g) Référence par un médecin	1	2	3	4	5
h) Référence par un psychologue	1	2	3	4	5
i) Référence par un travailleur social	1	2	3	4	5
j) Autre [*préciser ci-dessous*]	1	2	3	4	5

_____

21. **Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence vos patients ont-ils interrompu le traitement au méthylphénidate pour les raisons suivantes?**

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
a) Effets secondaires	1	2	3	4	5
b) Perte d'intérêt	1	2	3	4	5
c) Inefficacité	1	2	3	4	5
d) Inquiétude sur les effets à long terme	1	2	3	4	5
e) Perte subséquente d'impact	1	2	3	4	5
f) Difficulté à garder une routine	1	2	3	4	5
g) Ne sais pas	1	2	3	4	5
h) Coût	1	2	3	4	5
i) Autre [*préciser ci-dessous*]	1	2	3	4	5

_____

22. **Employez-vous l'une des méthodes suivantes pour surveiller les effets secondaires du méthylphénidate?**

	Oui	Parfois	Non
a) Demander aux parents / au patient de vous appeler si des effets secondaires sont ressentis	1	2	3
b) Prévoir des visites de suivi régulières	1	2	3
c) Utiliser des échelles d'évaluation des effets secondaires	1	2	3
d) Examens physiques (hauteur, poids)	1	2	3
e) Autre [*préciser ci-dessous*]	1	2	3

_____

23. **Employez-vous les moyens suivants pour évaluer l'efficacité du méthylphénidate?**

	Oui	Parfois	Non
a) Demander aux patients de communiquer avec vous	1	2	3
b) Téléphoner aux patients	1	2	3
c) Donner rendez-vous pour constater le progrès	1	2	3
d) Vous informer à la visite générale suivante	1	2	3
e) Utiliser des essais avec placebo	1	2	3
f) Employer des échelles d'évaluation	1	2	3
g) Utiliser des comptes rendus quotidiens	1	2	3
h) Interviewer l'enseignant / l'employeur	1	2	3
i) Utiliser des tests cognitifs ou psychopédagogiques	1	2	3
j) Congés de médicaments	1	2	3
k) Autre [*préciser ci-dessous*]	1	2	3

_____

24. **Quel type d'aide vous serait le plus utile à titre de médecin traitant de patients atteints de THADA? (par ex. matériel d'information, formation continue sur ce sujet, etc.)**

_____

_____

_____

25. **Avez-vous d'autres commentaires à formuler sur les sujets abordés dans cette enquête?**

_____

_____

_____

_____

PARTIE 3 : RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Les renseignements dans cette dernière section ne sont recueillis qu'à des fins statistiques et ne seront rapportés que globalement. Tous les résultats demeureront confidentiels.

26. Quel est votre âge? _____

27. Sexe: ☐ 1 Femme ☐ 2 Homme

28. Université où le diplôme médical a été reçu : _____

29. Année : _____

30. Spécialité:_____

31. Années de pratique: _____

32. Contexte de la pratique :

☐ 1 hôpital pour enfants ☐ 2 hôpital d'enseignement universitaire ☐ 3 autre hôpital
☐ 4 centre de santé communautaire ☐ 5 pratique privé solo ☐ 6 pratique privée en groupe
☐ 7 autre, préciser: _____

33. En quelle année avez-vous commencé à pratiquer? 19 _____

Merci d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire sur un sujet important pour les médecins du Canada. Veuillez insérer votre questionnaire rempli dans l'enveloppe d'affaires de retour et la faire parvenir à :

GPC Factor Research Group
220, avenue Laurier ouest, bureau 1650
Ottawa, (Ontario)
K1P 5Z9

ou par télécopieur à
(613) 236-9867

N'oubliez pas d'inscrire votre nom sur la carte postale incluse et de la retourner séparément pour éviter de recevoir un rappel de répondre au enquête. Merci encore une fois.